

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A.-T. ALVRES-PINTO

ÉTUDE CLINIQUE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

COMPLIQUANT LA GESTATION, LE TRAVAIL
ET LES SUITES DE COUCHES

Président : M. LEGUEU, professeur

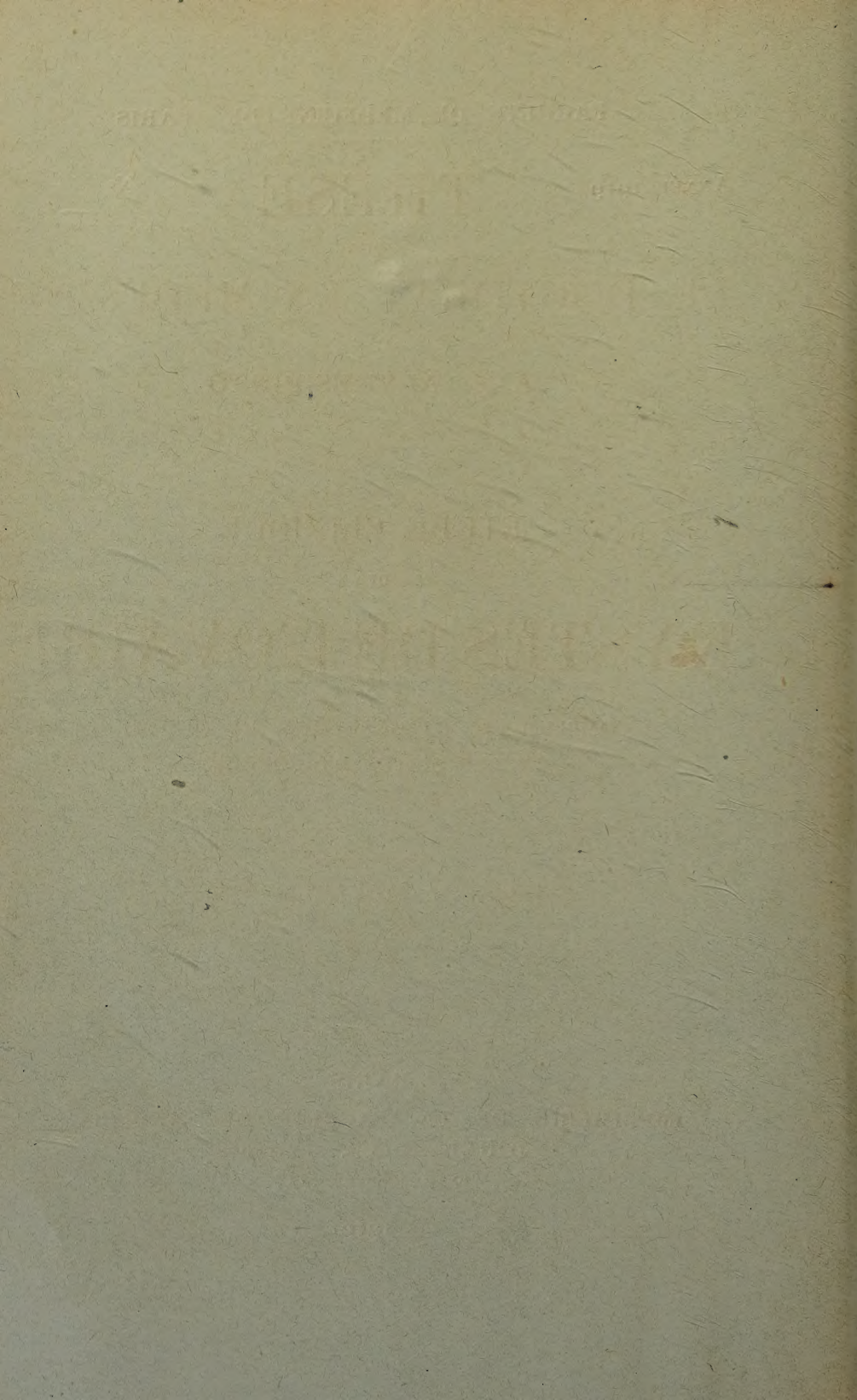
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919



30

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A.-T. ALVRES-PINTO

ÉTUDE CLINIQUE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

COMPLIQUANT LA GESTATION, LE TRAVAIL
ET LES SUITES DE COUCHES



Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^e, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR: G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Anatomie topographique	N.
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	P. CARNOT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANÇON
Clinique médicale	GILBERT
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CHAUFFARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	WIDAL
Clinique des maladies du système nerveux	HUTINEL
Clinique chirurgicale	DUPRÉ
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique des maladies des voies urinaires	PIERRE MARIE
Clinique d'accouchements	DELBET
Clinique gynécologique	QUENU
Clinique chirurgicale infantile	HARTMANN
Clinique thérapeutique	N.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	Dr LAPERSONNE

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBoullet	RICHAUD	
GUENIOT	LEGREY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

Témoignage de ma pieuse affection.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR A.-T. PINTO

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

Expression de mon infinie tendresse.

A MON ONCLE
LE DOCTEUR J. PAES DE CARVALHO

*Qui guida mes études avec une
sollicitude paternelle. Qu'il trouve
ici l'expression de ma profonde
reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DANS LES HOPITAUX

*Dont l'accueil irréprochable m'a
profondément touché.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD
MONSIEUR LE DOCTEUR RÉNON
MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE

Médecins des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY
MONSIEUR LE DOCTEUR E. SCHWARTZ
MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE
MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER
MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT

Chirurgiens des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

MM. LES DRS LOUIS BAZY, ROULLIER
ET DA SILVA de Rio Branco

A NOTRE MAÎTRE EN OBSTÉTRIQUE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DÉMELIN

*Qui, pendant notre stage d'externe
dans son service à l'hôpital Lariboisière,
a bien voulu nous confier la place d'in-
terne depuis décembre 1915 jusqu'à
novembre 1916. Nous devons à notre
Maître affectionné, toutes nos connais-
sances obstétricales. Qu'il soit assuré de
notre éternelle reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE EN CHIRURGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE ROCHARD

Officier de la Légion d'honneur

Depuis juillet 1917 sous la bienveillante direction de notre cher Maître et grâce à ses conseils inappréciables, nous avons pu nous perfectionner dans les opérations chirurgicales. Nous ne savons comment lui témoigner notre admiration et notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

ÉTUDE CLINIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE

COMPLIQUANT LA GESTATION, LE TRAVAIL
ET LES SUITES DE COUCHES

INTRODUCTION

L'étude des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse a été l'objet de publications importantes, auxquelles il nous serait difficile d'ajouter des faits nouveaux. Parmi ces différents travaux, la thèse d'agrégation de Rémy (1886) nous a semblé la plus complète. Dans cet ouvrage ont été rassemblées, avec un grand souci de l'exactitude, toutes les connaissances de l'époque. Mais depuis cette date les progrès de l'asepsie, en donnant aux procédés chirurgicaux une extension considérable, vinrent apporter de sérieuses modifications dans les méthodes de traitement, si bien, qu'à l'heure actuelle, les interventions obstétricales pures ne sont restées en faveur que dans certains cas spéciaux.

L'ovariotomie au contraire est devenue d'un usage courant ; elle est considérée par l'unanimité des auteurs, comme le traitement de choix.

Il persiste cependant un point délicat, sur lequel les avis sont encore partagés : à quel moment faut-il intervenir ?

Au cours de la deuxième moitié de la gestation ce problème acquiert une importance capitale. La vie de la mère et celle de l'enfant sont alors exposées aux plus grands dangers ; il faut à tout prix sauvegarder l'une et l'autre. Sur la solution de ce problème, notre Maître, le Dr Démelin, a attiré spécialement notre attention.

Donner des renseignements pratiques susceptibles de guider le clinicien dans la conduite à tenir en cas de grossesses compliquées de kystes ovariens, et spécialement *au cours de la seconde moitié de la gestation*, voilà donc le but de notre thèse.

L'étude des symptômes et des complications, sur laquelle nous revenons de façon plus complète à propos du diagnostic et du traitement éclairera peut-être, à notre avis, les données du problème.

Nous avons fait suivre ce travail de quelques considérations sur l'ovariotomie abdominale, au cours desquelles nous avons exposé certaines modifications de technique, rendues nécessaires par la présence de l'utérus gravide.

Dans l'élaboration de cette thèse, l'enseignement des Drs Démelin et Rochard nous fut d'un grand secours. Nous remercions nos deux chers Maîtres d'avoir bien voulu s'intéresser à la dernière étape de nos études médicales. Notre dette envers eux est immense. Nous les unissons dans le même sentiment de profonde admiration et de reconnaissance inaltérable.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMES

La symptomatologie des kystes ovariens compliquant la grossesse présente une grande diversité qui dépend de deux facteurs principaux : l'utérus et le kyste. L'âge de la grossesse fait subir à l'utérus et à son contenu des modifications importantes. Le kyste, d'autre part, évolue pour son propre compte : son volume, sa consistance, son siège par rapport à l'utérus et au cadre osseux du bassin, présentent des caractères variables.

La description de ces différents aspects cliniques est d'une grande importance pour le diagnostic. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans ce dernier chapitre. Aussi bien nous nous contenterons pour le moment, de décrire une symptomatologie pour ainsi dire schématique que nous diviserons en deux cas types :

L'utérus et le kyste siègent dans l'abdomen.

L'utérus est abdominal, le kyste plonge dans l'excavation.

I. — L'utérus et le kyste siègent dans l'abdomen.

Une femme vient consulter parce qu'à la suite d'un arrêt de règles datant de quelques mois, elle s'est aperçue que le volume de son abdomen a augmenté de façon anormale, beaucoup plus vite que lors des grossesses précédentes. Elle ne ressent aucune douleur aiguë, mais est plutôt incommodée par une sensation de pesanteur, par des tiraillements dans les reins ou dans la région inguinale. Elle éprouve de la gêne respiratoire après les repas, manque de souffle à la suite du moindre effort, va difficilement à la selle, urine peu et souvent : Bref, bien qu'étant certaine de la date de ses dernières règles, elle se demande si du fait d'une erreur inexplicable elle n'est pas arrivée au terme de sa grossesse.

Lorsqu'on examine alors la malade, on est frappé non seulement par l'augmentation de volume anormale de l'abdomen, mais par l'irrégularité de sa forme qui est bosselée. Souvent même un sillon déprimant la paroi dans le sens longitudinal, laisse soupçonner la présence de deux tumeurs côte à côte, dont l'une est l'utérus gravide. Lorsqu'il survient une contraction de celui-ci, le sillon de démarcation s'accroît.

Le palper suffit pour dissiper le doute. En empaumant chacune des tumeurs séparément on arrive à

les mobiliser pour leur propre compte. Ce sont donc deux tumeurs abdominales, indépendantes l'une de l'autre, et mobiles par rapport aux parois de l'abdomen. Mais le palper prolongé révèle un autre caractère qui permet de les distinguer. L'une est contractile, c'est l'utérus ; les mains placées sur l'abdomen le sentent durcir et changer de forme. Les parois se tendent, deviennent parfaitement lisses, et d'une matité de bois à la percussion. En même temps l'utérus se redresse, entre en contact avec la paroi abdominale qu'il soulève, et l'on voit alors se préciser très nettement sa forme d'ovoïde à grosse extrémité supérieure. Puis l'utérus devient souple de nouveau. Il se produit ainsi des alternatives de contraction et de relâchement à des intervalles variables. Ce phénomène constitue un élément de diagnostic de premier ordre.

Dans l'intervalle des contractions, les parois de l'utérus se laissent déprimer et permettent de sentir le contenu de l'organe, le fœtus, dont l'extrémité céphalique constitue une tumeur dure régulière et arrondie, et dont l'extrémité pelvienne bien qu'arrondie comme la précédente est de consistance plus irrégulière. La sensation tactile des petites parties et de l'épaule, complète les indications fournies par le palper. La perception de ballottement abdominal est un excellent signe de grossesse entre le quatrième et le neuvième mois. Mais les tumeurs intra-abdominales, se déplaçant dans du liquide ascitique produisent une sensation identique. Il y a là une cause

d'erreur parfois difficile à éviter. Lorsque l'exploration manuelle ne peut donner des renseignements précis, l'auscultation des bruits du cœur foetal dissipe toute incertitude. On aura soin en auscultant, de prendre le pouls de la malade pour éviter de les confondre avec les battements du cœur maternel, propagés jusqu'à l'abdomen, dans une période de tachycardie. Ce dernier signe doit être recherché systématiquement, nous en montrerons au moment du diagnostic l'importance capitale.

La seconde tumeur, à la palpation présente des caractères différents de l'utérus gravide ; elle ne réagit pas sous la main. Sa consistance est souvent inégale, tantôt dépressible sur toute son étendue, donnant alors une sensation très nette de fluctuation, tantôt dure, résistante, en imposant pour une masse compacte et homogène. Quelquefois enfin, la main qui palpe perçoit au niveau de ses parois des saillies globuleuses, correspondant à des cloisonnements de la tumeur principale, qui ont pu être confondues avec les petites parties du fœtus. L'auscultation de la tumeur doit être faite aussi attentivement que pour l'utérus. Elle ne fournit, naturellement, aucun signe foetal ; on devra cependant se rappeler que souvent les tumeurs abdominales font entendre un souffle isochrone au pouls maternel, présentant les mêmes caractères que le souffle utérin qui apparaît dès le quatrième mois de la grossesse.

La percussion de la tumeur dénote une zone de matité dont la convexité regarde en haut. Ses limites

ne se déplacent pas sensiblement lorsqu'on fait varier la position de la malade : c'est une matité de kyste de l'ovaire. Les différents signes que nous venons d'énumérer suffisent généralement à montrer qu'il s'agit d'un kyste ovarique à évolution abdominale, coïncidant avec une grossesse ayant dépassé le quatrième mois. Le toucher en effet donne peu de renseignements, car la tumeur n'envoie généralement pas de prolongement dans le petit bassin. Il permet de noter les modifications du col, d'en apprécier la déviation, consécutive au déplacement du corps utérin par la tumeur, de constater enfin le ballottement vaginal.

II. — L'utérus est abdominal, le kyste plonge dans l'excavation

Lorsque l'examen du contenu abdominal chez une femme arrivée à la deuxième moitié de la gestation, ne dénote à l'inspection, au palper et à la percussion, que la présence d'un utérus gravide normal sans coexistence d'aucune tumeur adjacente, et que, d'autre part, la malade accuse de façon très nette des douleurs lombaires s'irradiant vers la racine des cuisses, une constipation opiniâtre et de la pollakiurie, cet ensemble de symptômes attire l'attention du côté du petit bassin et montre la nécessité d'un examen attentif de son contenu.

Le toucher devient alors l'élément principal du diagnostic. Le doigt introduit dans le canal vaginal,

permet de constater l'encombrement de l'excavation. Celle-ci est occupée par une masse qui varie entre le volume d'une orange et d'une tête de fœtus à terme, si bien qu'au moment du travail, on a pu la confondre avec une présentation profondément engagée. Mais un examen plus approfondi fournit les renseignements suivants : la masse tantôt flasque et fluctuante, tantôt dure et tendue présente le plus souvent une consistance particulière, mollassse, comparable à celle du mastic. La tumeur garde l'empreinte du doigt ; elle semble constituée par un tissu œdémateux. Cette sensation particulière est spéciale aux kystes dermoïdes dont le siège pelvien est le plus fréquent. Elle constitue un signe distinctif précieux. Il faudra se méfier cependant d'un amas stercoral distendant le rectum. Dans l'observation XXXV publiée par le Dr Mouchotte la sage-femme de garde a commis l'erreur inverse : elle a pris le kyste dermoïde pour une tumeur stercorale. L'administration de lavements répétés non suivis de la disparition de la tumeur qui, au contraire, faisait saillie de plus en plus dans l'excavation, a finalement attiré l'attention sur la présence du kyste dermoïde. Le toucher rectal aurait dans ce cas instantanément levé le doute.

Le kyste siège derrière l'utérus entre le segment inférieur et le rectum, plaqué contre la concavité sacrée. Il distend le cul-de-sac vaginal postérieur, repousse le col en avant et l'applique contre la face postérieure de la symphyse pubienne.

La présentation est élevée. On ne peut la sentir que du bout du doigt, lorsqu'un début de dilatation permet l'exploration intra-cervicale. Les mouvements imprimés à l'utérus par le procédé du toucher combiné au palper, ne sont pas transmis à la tumeur. Le refoulement de celle-ci, même tenté sous anesthésie, est le plus souvent impossible.

Le toucher rectal qu'il ne faut jamais oublier lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs pelviennes, permet d'examiner de façon plus nette la mobilité de la masse par rapport à l'utérus. Le doigt contourne le kyste en arrière, le délimite à sa partie supérieure; apprécie son volume, sa forme régulière, confirme les caractères de la consistance de la tumeur. Rappelons enfin les renseignements importants fournis par le toucher rectal lorsqu'il s'agit d'éliminer des causes d'erreur telles que la déformation de la concavité sacrée, la présence d'une tumeur du sacrum ou d'un amas stercoral.

CHAPITRE II

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

Examinons maintenant comment, dans leur existence côte à côte, vont se comporter ces deux tumeurs dont l'une au moins, l'utérus, est destinée à prendre en quelques mois une extension considérable, et dans quelle mesure elles pourront être tolérées par la parturiente.

Au début de la gestation, le kyste se place généralement à côté et au-dessous de l'utérus, se mettant en rapport surtout avec la face postérieure de cet organe. Mais lorsque la gestation avance en âge, il se produit une augmentation incontestable du volume du kyste. Celui-ci peut rester bas situé et même descendre dans l'excavation. Dans ce cas il n'a pas d'influence notable sur la gestation. Mais très souvent le kyste remonte et se place à côté et au-dessus de l'utérus. Ce changement de volume et de siège a produit, dans le cas du Dr Audebert (obs. XXIX), une *surdistension de la paroi abdominale*, avec phénomènes douloureux intenses, troubles urinaires et digestifs, crises d'étouffements, atteinte mar-

quée de l'état général, entraînant l'ovariotomie d'urgence à la fin du huitième mois de la gestation.

Il arrive que l'excès de pression intra-abdominale agisse sur le muscle utérin et provoque *l'accouchement prématuré*. Cet accident qui survient dans 18 o/o des cas est très souvent précédé d'une période de douleurs vives avec phénomènes péritonéaux assez marqués.

Mais le principal danger de la migration du kyste est sans conteste la *torsion de son pédicule*. On l'observe au commencement de la gestation aux environs du quatrième mois et pendant les suites de couches. C'est un accident relativement fréquent (12 o/o dans le premier cas, 22 o/o dans le second). Il débute brusquement par des douleurs extrêmement aiguës, presque syncopales, localisées au niveau du kyste et suivies de vomissements verdâtres. Le facies devient grippé, le ventre ballonné, le moindre contact arrache des cris à la patiente. L'examen n'est possible que sous anesthésie. Sous l'effet d'un traitement approprié la crise peut diminuer d'intensité; mais elle ne tardera pas à se reproduire et à emporter la malade si l'on n'intervient pas immédiatement.

De Bovis a insisté sur la production de troubles intéressant différents organes et qui surviennent après ces torsions du pédicule des kystes. C'est ainsi qu'on a signalé la dilatation atonique de l'estomac, la néphrite, l'atrophie jaune aiguë du foie avec ictère, fièvre, modification du pouls et de la respiration.

On les a attribués à une intoxication par résorption d'éléments gangrenés. Cette hypothèse explique la persistance des accidents, observée quelquefois après l'ablation des kystes.

La torsion du pédicule ne donne pas toujours lieu à la symptomatologie bruyante que nous avons rappelée plus haut. L'enroulement peut se faire lentement, à un faible degré, de façon à gêner simplement la circulation sans l'interrompre.

Dans l'observation XXXI (Wallich et Mouchotte), la torsion ne fut découverte qu'au cours de la laparotomie.

Il est rare cependant que la torsion lente soit complètement bénigne. Le plus souvent elle est la cause de modifications intéressant le contenu et les parois du kyste, telles que *l'hémorragie intra-kystique*, qui peut être assez importante pour conduire à la syncope, et le *sphacèle du kyste* (cas de M. le Prof. Bar cité dans l'obs. XIV).

La suppuration est consécutive généralement à une gêne de la circulation dans le pédicule, due à une compression par les organes voisins, à une torsion lente ou à une thrombose de ses vaisseaux. Il se produit de la sorte un défaut de nutrition du kyste qui facilite le passage dans sa cavité des microbes et de leurs toxines venus de l'intestin. La suppuration, qui est précédée par l'inflammation des parois du kyste, entraîne tôt ou tard une réaction péritonéale mortelle.

La péritonite, rattachée à des causes diverses,

présente de ce fait plusieurs degrés de gravité. Elle est locale, et caractérisée par de simples adhérences lorsqu'elle ne provient que d'une irritation mécanique de la séreuse par frottement contre les parois du kyste. Lorsqu'il y a suppuration du kyste, le péritoine procède par accès intermittents et de gravité croissante.

Enfin, la réaction péritonéale se manifeste brusquement et avec le maximum d'intensité à la suite d'une torsion du pédicule ou d'une rupture du kyste. Cet accident, qui peut survenir au cours de la gestation à la suite d'un traumatisme ou d'un excès de tension des parois de la tumeur, se produit de façon bien plus courante *pendant l'accouchement*. Lorsque le kyste est abdominal, la rupture peut être évitée par l'extraction du fœtus pratiquée dès que la dilatation se trouve suffisante. Dans les cas de kyste prævia, le pronostic est encore plus grave; un autre facteur entre en ligne : c'est la *dystocie*. La présence de la tumeur dans l'excavation dévie l'utérus, gêne ses contractions, favorise les présentations vicieuses, et fait obstacle au passage du fœtus. Il en résulte très souvent la mort de l'enfant et pour la mère, la rupture utérine (cas de M. Devraigne, obs. IV).

Pendant les suites de couches, en dehors de la torsion du pédicule et de l'infection de la tumeur que nous avons citées plus haut, les complications observées, inertie utérine, hémorragie de la délivrance, rétention de lochies sont relativement bénignes. L'expulsion du kyste par une fente transversale du

vagin a été signalée. L'évolution du kyste, lorsqu'elle n'est pas troublée par les complications que nous venons d'énumérer, peut être compatible avec la continuation de la grossesse et permettre l'accouchement spontané à terme. Sur 321 grossesses compliquées de kyste ovarique, Remy en cite 246 terminées normalement. Quelquefois le kyste se résorbe ou bien se vide dans l'intestin, le vagin ou la vessie. Mais la plupart du temps on observe une *atteinte progressive de l'état général*, la malade maigrit et perd ses forces. Le teint devient terreux, les traits se tirent. Il se produit de l'œdème, sus-pubien envahissant plus tard les membres inférieurs. La fièvre se déclare, et la malade succombe si l'on ne pratique pas à temps une intervention chirurgicale.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Au cours du diagnostic de toute tumeur abdominale on peut être amené à discuter l'existence d'une grossesse. Les kystes de l'ovaire en particulier, dans les cas excessivement rares où ils s'accompagnent de symptômes anormaux (troubles menstruels, sécrétion de colostrum, ramollissement du col) font penser parfois à la présence d'un utérus gravide. Le diagnostic prendra facilement son orientation véritable lorsque, par le toucher combiné au palper on aura senti, recouvert par la grande masse liquide, un utérus petit, dur, aplati d'avant en arrière, ne présentant en un mot, aucun signe de gestation.

Nous ne faisons que signaler ce cas particulier. Il n'entre pas dans notre sujet, qui tire son intérêt, justement, du développement simultané d'un utérus gravide et d'un kyste ovarique.

Nous supposons donc, dans les pages qui vont suivre, qu'il y a coexistence de ces deux tumeurs, tout en admettant que, dans certains cas où il n'est pas facile de les différencier, elles puissent être prises pour une seule et même masse.

Nous terminons ce chapitre par le diagnostic des principales complications.

I. — Diagnostic pendant la gestation

A. — *Il y a coexistence de grossesse et de kyste abdominal.*

L'examen d'une malade porteuse d'un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse peut se décomposer en trois parties :

- 1° Reconnaître l'utérus gravide ;
- 2° Reconnaître le kyste ;
- 3° Chercher l'origine et la nature du kyste.

Mais ces trois données du problème ne doivent pas être mises au même plan. Le point le plus important qu'il faut chercher à élucider avant tout c'est l'existence de la grossesse.

Lorsqu'une femme en âge d'activité génitale vient consulter parce que son abdomen a augmenté de volume, quels que soient les troubles accusés par la malade, on devra, avant tout, penser à l'état physiologique.

Lorsqu'on aura examiné soigneusement l'utérus, on pourra, alors seulement, explorer les annexes et les organes intra-abdominaux.

1° Considérons tout d'abord, le cas d'une femme dont l'abdomen, notablement augmenté de volume contient *deux tumeurs nettement distinctes* : l'utérus

gravide près du terme, et un kyste de l'ovaire abdominal. Ces deux tumeurs soulèvent la paroi et modifient sa forme habituelle. L'abdomen est d'aspect irrégulier. Il présente deux bosses, l'une de forme oblongue inférieure et médiane légèrement inclinée latéralement, remonte sensiblement au-dessus de l'ombilic, l'autre, de forme tantôt arrondie, tantôt irrégulière, est haut située et siège dans l'un des hypochondres. Ces deux bosses, séparées par un sillon de démarcation, montrent nettement l'existence des deux tumeurs sous-jacentes : l'utérus et le kyste. Mais elles pourraient dépendre d'une seule tumeur, utérus cordiforme, utérus fibromateux, kyste multiloculaire par exemple.

Il faut donc approfondir l'examen. On devra chercher d'abord l'utérus gravide. Dans le cas que nous avons pris pour type (utérus remontant au-dessus de l'ombilic) le diagnostic est facile. Le palper superficiel, pratiqué la main à plat, permet de le reconnaître à sa forme oblongue et unie. Par moment on sentira l'utérus se contracter, se ramasser sur lui-même, faire le gros dos si j'ose m'exprimer ainsi, et soulever la paroi abdominale à laquelle il imprime sa forme. Le sillon de démarcation avec le kyste s'accroît pendant que ce phénomène se produit. Puis la contraction cesse, les parois reprennent leur souplesse. C'est le moment de pratiquer le palper profond, le palper obstétrical. Les doigts déprimant la paroi utérine s'enfoncent jusqu'au contact du fœtus. On peut reconnaître alors l'extré-

mité céphalique ; le sillon du cou, l'épaule, la voussure du dos, le siège, enfin les petites parties. Dans le palper obstétrical ce n'est plus la face palmaire de la main qui agit, ce sont les extrémités digitales qui fouillent le contenu de l'utérus, comme pour modeler l'organe selon la forme du fœtus. Une autre modalité du palper consiste à déprimer brusquement la paroi utérine afin de sentir le ballottement abdominal. La concordance de tous ces signes donne la certitude de l'existence de la grossesse.

Mais il est de la plus élémentaire prudence de ne pas se prononcer avant d'avoir pratiqué l'auscultation. Nous verrons plus loin que les sensations fournies par le palper, pour peu qu'il y ait un doute peuvent conduire à des erreurs graves. L'auscultation est un élément indispensable du diagnostic de toute tumeur abdominale. Dans le cas qui nous occupe elle fait entendre deux bruits principaux : les battements du cœur fœtal et le souffle utérin. Les premiers sont au nombre de 120 à 150 par minute. Il faut éviter de les confondre avec les pulsations maternelles, qui, dans une crise de tachycardie, peuvent avoir la même fréquence.

Le souffle utérin s'observe à partir du quatrième mois de la gestation. Il est synchrone au pouls maternel. La présence d'un souffle identique au niveau de certaines tumeurs ovariennes, peut être cependant une cause d'erreur.

Ainsi donc un examen approfondi de la première tumeur nous a fait constater un ensemble de signes :

contractions intermittentes, présence d'un fœtus dont toutes les parties ont pu être identifiées et dont on a entendu nettement les bruits du cœur. Ce sont des signes de certitude : on peut affirmer que cette tumeur est un utérus gravide près du terme.

Les signes fournis par le toucher, ramollissement du col, consistance molle de l'utérus, ballottement vaginal, présentent surtout de l'intérêt lorsque la grossesse est à son début. Dans le cas qui nous occupe, ils passent au second plan.

Maintenant que le diagnostic d'utérus gravide a été fait à propos de la tumeur inférieure, examinons la tumeur supérieure.

C'est une masse arrondie, bien limitée, dont les parois lisses ou parfois bosselées ne présentent pas de contractions intermittentes. La palpation dénote une fluctuation nette. La percussion dessine une zone de matité superposable aux contours de la tumeur, ne se prolongeant pas vers les fosses iliaques, ne variant pas avec la position de la malade, et dont la limite supérieure est convexe. A l'auscultation aucun signe fœtal. Le diagnostic ne fait pas de doute : cette tumeur est un kyste.

On a pu cependant la confondre avec un *fibrome utérin sous-péritonéal* compliquant la grossesse. Dans ce cas il y a aussi présence de deux tumeurs juxtaposées dont l'une fait sentir une fluctuation trompeuse. « Mais, tandis que la tumeur ovarienne ne se modifie pas sous l'influence des contractions, le fibrome utérin plus ou moins étalé à l'état de

repos, se continuant pour ainsi dire avec les parois de l'utérus, dont il constitue une hypertrophie, devient plus saillant, plus globuleux, plus dur, au moment de la contraction. Un phénomène semblable, se produit à chaque contraction, et cela que la tumeur soit sessile ou pédiculée. Ce durcissement au moment de la contraction utérine, constitue un caractère presque pathognomonique » (Lefour).

Lorsqu'on a bien établi l'existence de la tumeur kystique, il ne reste plus qu'à rechercher son origine.

Un rein flottant atteint d'hydronephrose peut donner l'impression d'un kyste ovarique. Mais la tumeur au lieu de siéger en avant de l'utérus comme le kyste, est au contraire logée dans la profondeur, derrière l'utérus. Elle bombe surtout dans la région lombaire. On la reconnaît à l'existence du contact lombaire qui ne pourra être recherché que si on insinue la main entre l'utérus gravide et la tumeur. Elle s'accompagne de troubles dyspeptiques et de crises douloureuses qui se terminent par l'évacuation du contenu rénal.

Les kystes hydatiques du foie à évolution abdominale, prêtent difficilement à confusion. Ils présentent à la percussion, une matité à convexité inférieure, se continuant avec celle du foie. Ils suivent les mouvements respiratoires ; la sensation du frémissement hydatique est pathognomonique.

Les kystes hydatiques de la rate, comme les pré-

cédents ont un point de départ juxta-thoracique et ne deviennent abdominaux que secondairement.

Les kystes du mésentère occupent la région ombilicale. Ils se développent sur place et présentent une forme sphérique à contours lisses. Leur mobilité est très grande, leur fluctuation facilement reconnaissable. Ils sont caractérisés par des crises douloureuses brusques, survenant après un repas ou un effort, et suivies de constipation opiniâtre.

2° Le cas que nous venons d'étudier, utérus près du terme et kyste abdominal, nettement distincts l'un de l'autre, permet un diagnostic précis et relativement aisé. Il n'en est pas toujours ainsi. Le kyste peut occuper dans l'abdomen la place prépondérante et *masquer complètement l'utérus gravide*. En général ce sont des kystes anciens, s'étant formés bien avant la grossesse et ayant déjà atteint des dimensions importantes.

L'abdomen est distendu alors par une tumeur remontant bien au-dessus de l'ombilic, nettement fluctuante présentant des caractères indiscutables de kyste ovarique.

La recherche de l'utérus gravide est négative. Celui-ci est entièrement recouvert par le kyste. Le palper n'a donc aucune prise sur lui. L'auscultation ne décèle pas de signe fœtal. L'interrogatoire de la malade donne bien quelques vagues renseignements : arrêt de règles, nausées, vomissements. Mais l'on sait que les tumeurs ovariennes peuvent provoquer les mêmes phénomènes.

La femme d'autre part ne perçoit pas les mouvements de l'enfant parce que les parties fœtales ne touchent pas la paroi abdominale qui, seule, peut les sentir. Le cas est donc extrêmement embarrassant. La grossesse ne sera dépistée que par la présence de signes de probabilité tels que le ramollissement du col, l'augmentation de volume des seins, la pigmentation du mamelon, l'écoulement de collostrum, l'apparition des tubercules de Montgomery. Quelques-uns de ces signes, ramollissement du col, augmentation de volume des seins, écoulement de collostrum peuvent être le fait d'une tumeur ovarienne non accompagnée de grossesse. Leur coïncidence doit cependant attirer l'attention, et il est préférable de leur attribuer plus d'importance qu'ils ne le méritent, plutôt que de s'exposer à méconnaître complètement l'utérus gravide. En dernier ressort on pourra avoir recours à la ponction du kyste; ce procédé qui peut avoir de graves inconvénients a été employé dans l'observation suivante, prise dans la thèse de Remy.

OBSERVATION I

Heydenreich. — *Kyste de l'ovaire situé devant un utérus gravide de six à sept mois et le masquant complètement. — La grossesse n'a été reconnue qu'après la ponction (Résumé).*

Femme âgée de trente-deux ans, ayant eu une grossesse terminée par un accouchement spontané à terme. Après l'accouchement on découvre un kyste de l'ovaire qui augmente peu à

peu de volume et atteint des dimensions énormes. On ponctionne le kyste à plusieurs reprises (8 ponctions en dix-huit mois).

5 mars. — Cette femme s'est présentée à l'hôpital pour être ponctionnée de nouveau. Son ventre paraît distendu par une tumeur qui remonte bien au-dessus de l'ombilic et qui a tous les caractères d'un kyste uniloculaire; la sensation de flot est des plus nettes dans la tumeur. La malade a eu ses règles pour la dernière fois au mois d'août; mais elle n'a, du reste, éprouvé aucun phénomène différent de ceux qu'elle éprouve depuis des années.

6 mars. — M. Heydenreich pratique, avec un trocart de 5 millimètres de diamètre, une ponction sur la ligne blanche, entre l'ombilic et la symphyse du pubis. La ponction donne issue à 4 litres de liquide de couleur chocolat. A mesure que le liquide s'écoule, la poche se vide, laisse apparaître derrière elle une tumeur, contre la paroi antérieure de laquelle elle se trouve appliquée à la manière d'une demi-sphère.

Cette tumeur a l'aspect d'un utérus gravide de six à sept mois. La malade pressée de questions, avoue alors que depuis deux mois elle sent remuer dans le ventre peut-être plus vivement qu'elle n'avait senti avant ses ponctions précédentes. Du reste, le col de l'utérus est mou et laisse pénétrer par son orifice externe la dernière phalange de l'index; l'orifice interne est fermé. L'aérole du mamelon est fortement pigmentée et la pression du mamelon fait sourdre un liquide laiteux. L'auscultation de la tumeur fait entendre un bruit de souffle isochrone aux battements du pouls. De peur de nuire à la malade, M. Heydenreich ne pousse pas l'examen plus loin ce jour-là.

Le lendemain l'existence d'une grossesse est confirmée par

la perception très nette des mouvements du fœtus ; d'ailleurs, ces mouvements sont accusés également par la femme. Quant à l'auscultation, elle fait toujours entendre le bruit de souffle ; mais les battements du cœur du fœtus ne sont perçus nettement par aucune des personnes présentes. Le résultat négatif est peut-être dû à la présence des parois du kyste de l'ovaire en avant de l'utérus gravide.

Malgré les recommandations formelles qui lui ont été faites, la malade a quitté l'hôpital le surlendemain où la ponction a été pratiquée.

3° Nous venons d'étudier un cas où le kyste occupe seul tout le tableau clinique, et cache complètement l'utérus.

Il peut se produire une symptomatologie inverse ; les caractères du kyste passent au second plan, *l'utérus attire à lui toute l'attention du clinicien.*

En général le problème se pose de la façon suivante. Une femme se présente avec un abdomen considérablement augmenté de volume. La paroi est tendue, on ne voit pas trace de deux tumeurs à l'inspection. Le palper rendu difficile par la distension de l'abdomen, donne un premier renseignement : la fluctuation ; on a l'impression que l'abdomen est rempli de liquide. Mais en déprimant fortement la paroi abdominale on arrive à sentir dans la profondeur une tumeur dure qui se déplace sous l'impulsion de la main. La conclusion est la suivante : il existe une tumeur solide ballottant dans un milieu liquide. Ce point étant acquis, on interroge la

malade afin d'identifier la tumeur. Le diagnostic peut dévier dans deux directions, suivant qu'on trouve des signes nets de grossesse, ou que ceux-ci apparaissent très vaguement.

a) Lorsque la malade accuse nettement des phénomènes sympathiques de grossesse et que ceux-ci sont vérifiés par l'auscultation des bruits du cœur foetal, ou par le toucher, car la palpation ne donne ici aucune précision, on pose le diagnostic de grossesse. Une double erreur peut être commise, étant donnée la fluctuation du kyste : on croit, soit à une *grossesse compliquée d'ascite*, soit à une *hydramnios*.

La première erreur sera dépistée par une percussion attentive : « La présence de l'ascite a pour effet d'étaler le ventre latéralement, de déplisser la cicatrice ombilicale. La fluctuation se perçoit très facilement dans les parties déclives. La matité est absolue dans les parties latérales et déclives, tandis qu'à la partie supérieure de l'abdomen, on constate un son tympanique. En faisant déplacer la malade, on constatera que la matité se déplacera suivant les différentes positions, et restera toujours limitée aux parties déclives. La sonorité occupera toujours les parties supérieures » (Coudert).

L'absence de lésions au niveau du cœur, du foie, ou des reins, le peu d'atteinte de l'état général et d'autre part la rareté des cas de grossesses accompagnées d'ascite par rapport aux cas de grossesses compliquées de kyste, permettront d'éliminer l'hypothèse d'ascite. Par contre l'examen de la malade

indiquera une forte saillie de l'abdomen à sa partie médiane, une fluctuation maxima localisée à la partie supérieure de l'abdomen et une matité de kyste de l'ovaire à convexité regardant en haut, et ne variant pas avec la position de la malade. La constatation du kyste de l'ovaire juxta-utérin ne donnera pas lieu en somme à une hésitation sérieuse.

La confusion avec *l'hydramnios* est plus difficile à éviter.

Elle se produit en général lorsque l'abdomen est distendu par un gros kyste multiloculaire, présentant par conséquent une configuration irrégulière, et une consistance inégale. Ce dernier caractère est la vraie cause d'erreur. En palpant la masse fluctuante, on sent des bosselures plus résistantes que l'on confond avec les saillies fœtales. Comme d'autre part les signes de grossesse sont nets, on prend le kyste pour un utérus distendu par un excès de liquide amniotique. Un examen attentif permettra de faire les constatations suivantes : si l'on a affaire à une *hydramnios*, il se produira, au cours de la palpation, des contractions utérines pendant lesquelles l'impression de tumeur fluctuante de consistance irrégulière sera remplacée par la sensation très nette d'une tumeur à parois dures et lisses. D'autre part, dans l'*hydramnios* les saillies fœtales sont très mobiles ; on peut les déplacer vers les parties déclives en faisant varier la position de la malade. Lorsqu'il y a un kyste, au contraire, les saillies perçues occupent toujours la même place et l'on ne constate aucune contraction

de la paroi de la tumeur. L'erreur qui consiste à prendre une hydramnios pour un kyste de l'ovaire a amené certains auteurs à ponctionner l'utérus gravide (cas de W. Boddy, Hiod, Kyll, etc.).

L'erreur inverse est moins dangereuse.

L'observation suivante de Tarnier, trouvée dans la thèse Remy, en fait foi.

OBSERVATION II

Kyste ovarique en ayant imposé pour une hydramnios

Malade ayant eu 6 grossesses normales, entrée à la Maternité le 17 mai 1884. Interrogée sur sa dernière époque menstruelle, elle ne donne que des renseignements incertains, sur lesquels on ne peut se baser pour diagnostiquer l'âge de sa septième grossesse.

Examinée dès son entrée, on fut frappé par le développement exagéré de son abdomen. Le 18 mai, vers 7 heures du soir, le travail se déclara; et le 19 vers midi, reconnaissant une présentation en O I G A, une dilatation suffisamment grande, on crut à une hydramnios et l'on déchira les membranes pour soulager la malade qui se plaignait d'une dyspnée très intense. Le travail fut long et ce ne fut que le 21, vers 1 h. 30 du soir, que M. Henry put tenter la version podalique. L'enfant naquit vivante, pesant 1.120 grammes. La mère fut délivrée naturellement, dix minutes après l'extraction de l'enfant. Le 30 mars 1885, décès de la malade.

Autopsie. — Tumeur kystique multiloculaire d'un ovaire, adhérente sur toute son étendue, dont une des poches renfermait

environ un litre de pus. Dans les autres loges, liquide citrin et jaune foncé.

b) Si l'interrogatoire et l'examen de la malade ne font constater aucun signe précis de la grossesse, la sensation de corps dur fournie par l'utérus, jointe à la fluctuation du kyste, peut faire penser à une *tumeur de l'ovaire compliquée d'ascite*.

Il s'agit alors de constater l'absence d'ascite, et, d'autre part, de reconnaître que la tumeur solide n'est autre qu'un utérus gravide. Nous n'insisterons pas sur les caractères distinctifs de l'ascite et du kyste que nous avons décrits à propos du diagnostic des grossesses compliquées d'ascite.

L'identification de l'utérus gravide mérite un examen plus approfondi. Elle sera en général difficile, car le palper à travers une paroi distendue ne permet pas de distinguer les parties fœtales. D'autre part, comme nous l'avons déjà dit, la femme ne donne que des renseignements vagues sur son état de grossesse ; souvent même elle ne perçoit pas les mouvements fœtaux. Si l'auscultation fait entendre des bruits du cœur même lointains, le diagnostic sera grandement facilité. Autrement il faudra chercher par le toucher à sentir la présentation et à reconnaître les alternatives de contraction et de relâchement de l'utérus.

On devra examiner les seins de la malade, bref essayer de réunir le plus possible de signes de présomption. La ponction, en diminuant la tension de

la paroi, permettra de pratiquer le palper en de meilleures conditions et conduira probablement au diagnostic de grossesse. Mais elle ne devra être tentée qu'au niveau d'une zone de fluctuation indubitable afin de diminuer les risques d'une blessure de l'utérus.

B. — *Il y a coexistence de grossesse
et de kyste pelvien*

Le diagnostic des kystes pelviens compliquant la grossesse, doit être fait précocement au cours des premiers mois qui suivent l'interruption des règles. Nous avons dit, à propos des complications, quelles difficultés peuvent survenir pendant le travail et quels dangers menacent la mère et l'enfant lorsqu'il se produit une obstruction du canal pelvien par tumeur kystique : la dystocie est de règle, et l'obstacle rarement franchissable. Malheureusement ces tumeurs, peu gênantes au voisinage d'un utérus encore petit, n'attirent l'attention de la malade par aucun signe insolite. La femme ne vient consulter qu'à la fin de sa grossesse, alors que l'utérus et le kyste augmentés de volume, compriment les organes du petit bassin et provoquent des douleurs lombaires et pelviennes, associées à des troubles de la miction et de la défécation. Dans certains cas même, le médecin est appelé en plein travail. Il ne dispose alors, le plus souvent, que de moyens de fortune, pour parer au danger.

Le diagnostic se présentera donc de façon différente, suivant que la gestation est en cours ou que la malade se trouve en période d'expulsion.

1° Le cas le plus favorable est le suivant : une femme, ayant constaté une interruption de règles de trois mois environ, vient consulter pour savoir si elle est enceinte. On pratique le toucher et on est frappé aussitôt par la déviation du col, qui se trouve repoussé derrière la symphise pubienne. Les culs-de-sac latéraux ne présentent en général aucune modification importante. Le cul-de-sac postérieur, au contraire, est occupé par une tumeur fluctuante grosse comme une orange, *mobile par rapport à l'utérus* et de forme arrondie.

Il s'agit de vérifier l'existence de la grossesse et de déterminer la nature de la tumeur pelvienne.

Le diagnostic de grossesse aux environs du troisième mois est fait par le palper combiné au toucher. La palpation et la percussion feront constater simplement une augmentation de volume de l'utérus dont le fond remonte à trois travers de doigt environ au-dessus de la symphyse pubienne. L'inspection donne des indications sur le gonflement des seins, la pigmentation de l'aréole, l'apparition d'une aréole secondaire et des tubercules de Montgomery. La pression du mamelon fait sourdre quelques gouttes de collostrum.

Ces différents signes, peuvent, exceptionnellement il est vrai, se rencontrer chez des femmes atteintes

d'affections génitales, de tumeurs ovariennes principalement. Ils n'ont de ce fait qu'une importance relative.

Il faut donc pratiquer le toucher avec le plus grand soin. Nous avons déjà fait observer à propos du diagnostic des grossesses compliquées de kystes abdominaux, combien le signe du ramollissement du col est incertain. Ce changement de consistance peut s'observer au début et à la fin de la période menstruelle et toutes les fois qu'il existe une gêne circulatoire dans le domaine des vaisseaux cervicaux. Il peut être dû, en particulier, à la présence d'une tumeur ovarienne. Il perd donc beaucoup de sa valeur dans le diagnostic d'une grossesse compliquée de kyste de l'ovaire. Il faudra se fier davantage au changement de configuration de l'utérus. Cet organe dont le corps aplati sagittalement et de forme triangulaire, se continue à l'état normal insensiblement avec le col, devient à l'état gravide nettement constitué de deux parties distinctes : le col qui garde à peu près sa configuration antérieure, et le corps dont les contours arrondis, prennent approximativement la forme d'une sphère. La consistance de l'utérus se ramollit notablement. On l'a comparée très justement à celle d'une figue à demi mûre. Ces deux signes, changement de forme et de consistance de l'utérus, peuvent, lorsqu'on a eu l'occasion de toucher la malade à l'état normal, permettre d'assurer la présence de la grossesse.

Examinons maintenant la tumeur pelvienne dont

nous avons constaté à un premier examen la fluctuation, la forme arrondie et la mobilité par rapport à l'utérus. Ces caractères permettent de conclure à un kyste de l'ovaire à contenu liquide. Il existe cependant des causes d'erreur dont les plus fréquentes sont les fibromes pédiculés de l'utérus ramollis par l'état de gestation et les kystes du bassin.

Les fibromes pédiculés de l'utérus, lorsqu'ils coexistent avec la gestation, présentent une consistance mollassse qu'il est souvent difficile de distinguer de la fluctuation kystique. Ils sont mobiles par rapport à l'utérus et nettement indépendants de cet organe. Leurs caractères sont donc sensiblement les mêmes que ceux du kyste ovarique. Le diagnostic ne pourra être fait que si l'on parvient à sentir l'ovaire sain du côté correspondant au fibrome, ou si l'on constate que le pédicule de la tumeur ne s'insère pas au niveau de la corne utérine. L'existence de ménorragies antérieures à la gestation facilite grandement le diagnostic.

Les kystes hydatiques du petit bassin présentent aussi de nombreux points de ressemblance avec les kystes de l'ovaire. « Ces tumeurs peuvent présenter la même forme, la même indolence, la même absence de phénomènes généraux, les mêmes caractères physiques, la même marche que les kystes de l'ovaire... Si la tumeur siège dans la cloison recto-vaginale ou en un autre point du petit bassin, la détermination précise de la situation qu'elle occupe pourra permettre d'exclure l'idée d'un kyste de

l'ovaire ; mais si la tumeur siège dans le cul-de-sac de Douglas, on ne pourra établir sa nature que par la ponction » (Porak). La notion d'un kyste hydatique du foie ou d'un autre organe, opéré autrefois, permet de faire le diagnostic.

En dehors des deux cas que nous venons d'examiner une confusion peut encore avoir lieu avec un *hydro-salpinx* : cette tumeur kystique dont la forme allongée est souvent bien accusée, se rattache en général à un passé d'inflammation annexielle dont la malade pourra le plus souvent déclarer l'existence.

Dans les *salpingites d'origine tuberculeuse* la trompe constitue de même une tumeur liquide, grosse comme le poing, de forme ovoïde ou sphéroïde. Mais l'aspect scrofuleux de la malade, son teint légèrement terreux, ses paupières boursoufflées, atteintes de blépharite ciliaire peuvent faire penser à la vraie nature de l'affection.

La grossesse tubaire produit au niveau de l'utérus des modifications qui peuvent faire croire qu'il est en état de gestation. Elle est de plus accompagnée de signes sympathiques de la grossesse. On peut donc la prendre pour un kyste adjacent à un utérus gravide. Le diagnostic sera fait par la présence de phénomènes douloureux survenant par crises, coïncidant avec une augmentation de la tumeur, et par la coexistence d'écoulements sanguins avec expulsion de fragments de caduque utérine.

2° Nous venons d'étudier le cas où, avec une gros-

sesse au début, coexiste un kyste de petit volume, fluctuant et mobile par rapport à l'utérus. Mais il arrive souvent que la tumeur, par suite de l'augmentation de volume de l'utérus gravide se trouve comprimée entre la face postérieure de cet organe et le sacrum. *Elle semble alors faire corps avec l'utérus.*

Sa consistance, sous l'influence de la pression qu'elle subit, se modifie et *perd son caractère de fluctuation*. Rappelons en outre que la plupart des kystes de l'ovaire pelviens sont les kystes dermoïdes : nous avons déjà attiré l'attention au chapitre des symptômes, sur un caractère très particulier de ces kystes. Ils ne sont pas fluctuants, leur consistance est mollassse, pâteuse, comparable à du mastic. Le doigt qui les touche déprime leur paroi et y laisse son empreinte ; c'est le signe du godet décrit classiquement à propos de l'œdème. Dans certains cas même, les formations osseuses et cartilagineuses contenues dans le kyste viennent en contact avec sa membrane d'enveloppe : la masse pâteuse est alors parsemée d'ilots d'induration. Cette double sensation d'induration et d'empâtement est un excellent signe distinctif.

L'absence de fluctuation peut donc être la cause de confusions souvent inévitables, dont nous allons examiner les plus fréquentes.

L'utérus gravide en rétroflexion fixe peut être une première cause d'erreur, Au toucher, le corps, ramolli par la grossesse, peut donner l'impression d'un gros kyste dermoïde repoussant le col contre la symphyse

pubienne. On reconnaîtra la rétroflexion par la perception du coude formé par le col et le corps qui font suite l'un à l'autre sans interruption.

D'autre part, quand le kyste existe, le toucher bimanuel fait sentir à quelques travers de doigt au dessus du pubis une tumeur dont les mouvements se communiquent au col, et qui n'est autre que le corps utérin. Le refoulement de la tumeur, qu'elle soit formée par le corps utérin ou par le kyste, s'il peut être pratiqué sans violence, facilitera le diagnostic. Rappelons enfin que la rétroflexion de l'utérus gravide s'accompagne de rétention d'urine et que le caractère presque constant de ce signe acquiert, en cas de doute, une grande importance.

Un fibrome développé aux dépens de la face postérieure d'un utérus gravide peut en imposer pour un kyste dermoïde compliquant la gestation. Le fibrome est en général plus dur, plus élastique. Sa surface est bosselée. Sa consistance n'est pas assez molle pour garder l'empreinte du doigt. Il tait nettement corps avec la paroi utérine. Mais souvent ces caractères manquent et l'état de gestation ramollit la tumeur à un tel degré qu'il devient impossible de la différencier du kyste. Lorsqu'à l'occasion d'examen successifs on constate cependant l'ascension progressive de la tumeur au fur et à mesure que l'utérus se développe on peut conclure à un fibrome de la paroi utérine. D'autre part si, par le toucher rectal, on peut remarquer un prolongement de la tumeur vers la partie supérieure de l'excavation, si

on peut mobiliser celle-ci indépendamment de l'utérus, si enfin on arrive à apprécier de façon plus nette une consistance mollesse particulière, dans ce cas il sera permis de diagnostiquer un kyste dermoïde de l'ovaire.

Les kystes du ligament large forment une tumeur nettement perceptible par le toucher bimanuel. Lorsque leur volume est assez gros pour distendre le cul-de-sac de Douglas, ils repoussent l'utérus latéralement et l'immobilisent. Leur surface est lisse. Ils gardent en général un léger degré de fluctuation qui permet de les reconnaître.

La ponction vaginale donne des renseignements précieux auxquels il est parfois nécessaire d'avoir recours. D'ailleurs ce procédé, lorsqu'il est appliqué au diagnostic des kystes pelviens ne présente pas les dangers de la ponction abdominale. Il ne devra cependant être employé que lorsqu'après évacuation du rectum et de la vessie on aura constaté la présence d'une tumeur distendant franchement le cul-de-sac de Douglas, et nettement indépendante de l'utérus gravide.

— La ponction d'un kyste du ligament large, donne issue à un liquide clair, fluide, ne contenant pas de paralbumine.

— ... Des kystes hydatiques du bassin s'écoule un liquide eau de roche contenant des crochets. La ponction dans ces deux cas évacue, presque toujours, la totalité du contenu de la tumeur.

Par contre ce fait ne se produit pas avec le liquide

des kystes de l'ovaire uni ou multiloculaires, qui est filant du fait de sa teneur en paralbumine.

— Si l'on remarque un écoulement de pus ou de sang, on conclura de préférence dans le premier cas à une salpingite ; dans le second, à une grossesse extra utérine.

— Notons enfin que Fauchier a montré la possibilité d'évacuer les kystes dermoïdes par ponction, en se servant d'un trocart de gros calibre préalablement chauffé (Guérin-Valmale a appliqué ce procédé dans un cas mentionné dans l'observation IX).

II. — Diagnostic des kystes pelviens pendant le travail (1)

Dans les deux paragraphes précédents nous avons essayé de définir le diagnostic des kystes ovariens au cours de la gestation. Nous avons montré, de plus, combien il était important de découvrir les kystes pelviens à cette période, non pas en vue d'accidents immédiats (les kystes pelviens ne gênent pas le développement de l'utérus gravide) mais en prévision de la dystocie, qui plus tard se produira inévitablement. Méconnaître l'existence d'un kyste de l'ovaire pelvien au cours de la gestation est une faute bénigne. Cette faute acquiert une gravité extrême quand elle survient pendant la période

1. Le diagnostic des kystes abdominaux étant, à cette période, sensiblement le même que pendant la gestation, nous n'étudions que les kystes pelviens.

d'expulsion, car elle peut alors entraîner un accident particulièrement redoutable, la rupture utérine. M. Devraigne en a cité un cas typique dans l'observation IV.

Au cours du travail la situation est donc la suivante : on est appelé auprès d'une femme dont les premières douleurs ont eu lieu depuis plusieurs heures. La sage-femme qui assiste la parturiente, a constaté une lenteur anormale de la dilatation du col et de la progression du fœtus, en opposition avec la fréquence de plus en plus grande des contractions utérines.

Il y a donc dystocie. Le but de l'examen se résume ainsi :

a) Se rendre compte de l'origine maternelle de la dystocie.

b) Reconnaître la présence de la tumeur.

c) Définir la nature de la tumeur.

a) Le premier point sera élucidé par l'élimination des causes de dystocie fœtale : défaut de flexion ou de rotation de la tête, présentations vicieuses, pro-cidence d'un membre, malformations, etc. On arrive donc, assez facilement, à se rendre compte de l'origine maternelle de la dystocie.

b) Pour reconnaître la présence de la tumeur pelvienne il est nécessaire de pratiquer un toucher extrêmement soigneux. Il y a deux erreurs principales à éviter. Elles consistent à confondre la tumeur avec un rétrécissement rachitique du bassin, et avec un amas stercoral distendant le rectum.

La confusion avec un *rétrécissement rachitique* du bassin est explicable tout d'abord par la grande fréquence des dystocies dues à cette malformation et par le défaut d'engagement. Mais il arrive que la sensation d'une tumeur dure, coïncée entre la présentation fœtale et la face antérieure du sacrum, donne à un doigt peu exercé l'impression d'un promontoire saillant exagéré par la coexistence de plusieurs faux promontoires sous-jacents. L'examen général de la malade faisant constater l'absence des stigmates du rachitisme, les résultats normaux fournis par la pelvimétrie externe, un toucher attentif montrant la mobilité relative de la tumeur, dissiperont facilement cette impression. En cas de doute, le toucher rectal indiquera de façon certaine que le kyste ovarique est indépendant du squelette. L'erreur que nous venons de décrire a été mentionnée dans les observations XII et XXXIV.

On a pu confondre de même, un kyste dermoïde *prævia* avec une *tumeur stercorale* faisant saillie dans le canal vaginal. Nous avons déjà fait allusion à ce cas à la page... à propos des signes des kystes pelviens. Le toucher rectal et l'administration de lavements renseigneront sur la vraie nature de la tumeur.

A ce propos il nous paraît opportun de citer l'observation suivante du professeur Herrgott (*in* thèse Rémy) qui montre à quelles erreurs on peut être exposé quand on néglige d'évacuer la vessie et le rectum avant d'examiner la malade.

OBSERVATION III

Le professeur Herrgott, alors interne à la clinique de M. le professeur Stoltz, assistait à un accouchement qui semblait entravé par une tumeur assez considérable, de consistance molle, située à la partie postérieure droite du bassin ; pendant les contractions, cette tumeur se durcissait, se relâchait pendant le repos, elle était sensiblement fluctuante. Ne sachant au juste à quoi il avait affaire, et pensant qu'une ponction pouvait devenir nécessaire, il pria M. le professeur Stoltz de vouloir bien examiner la parturiente.

Quand le professeur de clinique arriva, il constata le même état ainsi que la nécessité de l'évacuation du liquide renfermé dans cette poche ; il s'informa si la femme avait souffert avant l'accouchement, et si habituellement elle urinait facilement, et si pendant le travail elle avait uriné ; comme la réponse à la première question était négative, affirmative pour les autres, il jugea néanmoins prudent de vider les réservoirs, comme il disait avant de procéder à une opération ; un lavement fut administré, à la suite duquel il ne se fit aucune évacuation, puis on introduisit une sonde dans la vessie ; il s'écoula une grande quantité d'urine ; quand on examina la parturiente, on constata que la tumeur avait disparu ; l'accouchement eut lieu peu après, avec une grande facilité.

Signalons enfin une dernière cause d'erreur : on considère la tumeur comme une *présentation fœtale*.

Celle-ci sera facilement reconnue par le toucher intra-utérin.

c) Nous sommes maintenant arrivé au troisième point du diagnostic : définir la nature de la tumeur pelvienne. L'existence de celle-ci a été reconnue par le toucher qui a permis de sentir une masse de forme arrondie, grosse environ comme le poing, occupant la partie supérieure de l'excavation, distendant le cul-de-sac postérieur du vagin. Puis on a trouvé le col, repoussé contre la symphyse pubienne, et le plus souvent aplati d'avant en arrière. Par le toucher intra-utérin on est allé à la rencontre de la présentation. Les signes suivants permettront maintenant de parfaire le diagnostic. Pendant les efforts d'expulsion on sent la tumeur faire une saillie légère dans l'excavation et devenir excessivement dure. Dans l'intervalle des contractions la tumeur revient sur elle-même et reprend la consistance, soit fluctuante, soit pâteuse, qu'elle présentait quelques instants auparavant. Cette consistance pâteuse sur le caractère de laquelle notre maître M. Démelin suivant l'enseignement du professeur Fauchier, insiste de façon toute particulière, permet d'affirmer la présence d'un kyste dermoïde, la fluctuation étant, d'autre part, le fait d'un kyste uni ou multiloculaire.

Il arrive cependant, que dans l'intervalle des efforts d'expulsion le kyste pelvien, en état de tension permanente, conserve une consistance de *tumeur solide*. La nature de la tumeur devient alors difficile à définir.

On aura le plus souvent à faire le diagnostic avec un *fibrome du segment inférieur*. Le principal caractère qui permet de distinguer ces tumeurs pendant le travail, est leur ascension au moment des contractions utérines. Ce signe suffit à lui seul, car le kyste au contraire a tendance à faire saillie à la même occasion. Par le toucher vaginal ou rectal, combiné au palper, on pourra encore, dans l'intervalle des douleurs d'expulsion, se rendre compte en mobilisant l'utérus, que la tumeur en cas de fibrome suit les mouvements imprimés par la main abdominale.

Les tumeurs solides de l'ovaire présentent les mêmes signes que les kystes à consistance solide. Comme ceux-ci elles sont indépendantes de l'utérus et tendent à descendre dans l'excavation à chaque contraction. Le diagnostic sera donc souvent impossible.

Les tumeurs des bassins : kystes hydatiques, enchondromes, ostéo-sarcomes, seront caractérisées principalement par leur fixité. Elles font partie intégrale du cadre osseux. Le toucher rectal rendra les plus grands services pour préciser ce dernier caractère. Il donnera de plus la certitude que ces tumeurs ne siègent pas entre l'utérus et la paroi antérieure du rectum, mais qu'au contraire elles sont plutôt en rapport avec sa paroi postérieure.

Les ostéo-sarcomes se reconnaissent plus facilement à leur évolution rapide, à leur caractère de grande malignité. De surface souvent bosselée et irrégulière, ils atteignent en peu de temps un volume

considérable et poussent des prolongements à travers les orifices du bassin.

En général, le diagnostic des différentes tumeurs solides que nous venons d'énumérer successivement, avec un kyste de l'ovaire hypertendu par les contractions utérines, présente de grandes difficultés. Il nécessitera invariablement un examen approfondi sous anesthésie générale. Cet examen dont le but principal est de renseigner sur la conduite à tenir pour parer à des accidents graves imminents, doit tendre vers une question primordiale : l'obstacle peut-il oui ou non être levé ? Pour s'en rendre compte il est classique de tenter en premier lieu, le refoulement de la tumeur. Cette manœuvre qui donne rarement des résultats satisfaisants, ne doit être pratiquée que lorsqu'on n'est pas outillé pour mieux faire. Il est préférable d'avoir recours à la ponction vaginale. En cas de tumeur solide, non évacuable par ponction, on devra se résoudre à une intervention chirurgicale d'urgence.

III. — Diagnostic après l'accouchement

Nous avons énuméré, au chapitre des complications, les différents accidents qui peuvent troubler le développement de l'utérus gravide et le mécanisme de l'accouchement. Il est cependant des cas favorables où la présence du kyste n'a pas empêché la grossesse de suivre son cours normal, et de se terminer par l'expulsion spontanée du fœtus. Ces cas,

d'après la statistique de Rémy, sont au nombre de 246 sur 321 grossesses compliquées de kystes ovariens, soit environ 76 0/0. Mais une fois l'accouchement terminé tout danger n'est pas écarté : la torsion du pédicule, la suppuration, l'évacuation du kyste dans le péritoine peuvent, dans un délai plus ou moins éloigné, provoquer une péritonite mortelle, suprenant brusquement la malade en pleine convalescence. Il y a donc intérêt après la délivrance à faire un nouvel examen qui permettrait de dévoiler l'existence d'un kyste rendu auparavant inaccessible par le voisinage d'un utérus volumineux.

Le diagnostic après l'accouchement par suite de la réduction du volume de l'utérus ne présente donc pas de difficulté. Le palper combiné au toucher, pratiqués alors dans les meilleures conditions, feront constater la présence d'une tumeur soit abdominale, soit pelvienne, présentant tous les caractères des kystes de l'ovaire, tels que nous les avons exposés au chapitre précédent.

IV. — Diagnostic de la variété du kyste

Les kystes de l'ovaire peuvent être divisés en kystes mucoïdes, uni ou multiloculaires, et en kystes dermoïdes.

Les premiers, surtout fréquents entre trente et quarante-cinq ans, siègent le plus souvent dans l'abdomen. Ils se placent en avant et latéralement par rapport à l'utérus. Il sont en général mobiles,

mais peuvent contracter des adhérences quand leur volume atteint de grandes dimensions. Les kystes *uniloculaires* sont bien limités et ont une surface lisse et régulière. Leur fluctuation est nette, leur consistance uniforme. La ponction donne issue à un liquide onctueux et filant de couleur blanchâtre, vert jaunâtre ou brun chocolat. Ce liquide contient des éléments figurés et des composés chimiques dont le plus constant est la paralbumine.

Les kystes *multiloculaires* contiennent un liquide de la même composition que les précédents, mais pouvant varier de couleur et de consistance suivant chacune des différentes poches du kyste. Ils se distinguent des kystes uniloculaires par la présence de plaques solides au niveau de leur enveloppe dont la consistance devient ainsi irrégulière, par leurs bosselures plus ou moins nombreuses et de volume variable, séparées par des sillons de différente profondeur ; ces sillons correspondent à des cloisons qui séparent la cavité kystique en plusieurs loges, cloisonnement qui a pour effet de rendre la fluctuation moins nette. Les kystes multiloculaires ont enfin une tendance plus grande que les précédents à contracter des adhérences principalement avec la paroi abdominale, l'épiploon et l'intestin grêle. Ces adhérences peuvent s'étendre à tous les organes voisins et rendre le kyste complètement immobile.

Les kystes *dermoïdes* constituent la seconde variété. Ils se distinguent nettement des kystes mucoïdes par différents caractères. Ce sont des

kyste pelviens, siégeant derrière l'utérus. Ils se forment dans le jeune âge, s'accompagnent de phénomènes douloureux, évoluent très lentement, et dépassant rarement le volume d'une tête de fœtus à terme. Ils ont peu de tendance à contracter des adhérences. Leur surface est lisse, leur consistance mollassse, pâteuse. Ils gardent l'empreinte du doigt. La présence sous la membrane d'enveloppe de formations cartilagineuses ou osseuses superficielles modifie quelquefois la sensation fournie par le toucher et l'on rencontre alors des zones alternativement molles et indurées dont la coexistence a été décrite comme pathognomonique. Ils contiennent une substance parfois huileuse, le plus souvent compacte comme du mastic, et d'ont l'aspect rappelle la matière sébacée. Dans cette substances se trouvent en général des productions diverses d'origine épidermique. Le contenu des kystes dermoïdes ne peut être évacué qu'à l'aide d'une trocart de gros calibre, préalablement chauffé.

V. — Diagnostic des principales complications

Les accidents excessivement graves qui peuvent se produire au cours de la gestation, du travail et des suites de couches, chez une malade porteuse d'un kyste de l'ovaire, nécessitent la plupart du temps et de façon systématique une laparotomie d'urgence. Mais l'intervention ne comporte pas, pour tous les accidents, un pronostic également

favorable. Une ovariectomie pour hémorragie intrakystique, pour thrombose ou torsion du pédicule, se termine souvent par la guérison de la malade. Tout au contraire, la rupture dans le péritoine d'un kyste suppuré ou d'un utérus en travail depuis de longues heures, ne donne quelque chance de succès que lorsque la laparotomie suit l'accident dans le plus bref délai. Il est donc extrêmement important de savoir reconnaître à quelles complications l'on a affaire. Une hésitation, un doute, peuvent compromettre irrémédiablement la vie de la malade.

Nous allons examiner successivement deux cas principaux. Dans le premier, le clinicien est prévenu de la coexistence de la grossesse et du kyste. Dans le second il ne possède au préalable aucun renseignement.

I. — Le diagnostic sera relativement aisé si on est appelé auprès d'une malade chez laquelle on a déjà constaté au cours d'examen antérieurs la coexistence de la grossesse et du kyste.

Dans ce cas le début brusque de l'accident, avec phénomènes douloureux extrêmement violents, vomissements, agitation, état syncopal ; l'altération du faciès, la rapidité du pouls, la contracture de l'abdomen ou bien sa distension par le météorisme, indiqueront tout de suite une réaction péritonéale aiguë dont on aura aucune peine à attribuer l'origine soit au kyste soit à l'utérus gravide.

1° Les accidents ont lieu pendant la gestation.

a) S'ils éclatent au cours de la première moitié, on doit penser tout d'abord à l'hématocèle rétro-utérine.

L'hématocèle survient en effet vers le deuxième ou le troisième mois de la grossesse ectopique. Elle est précédée de phénomènes douloureux avec écoulement de sang par l'utérus, se produisant par crises et séparés par des périodes d'accalmie. Lorsque l'hématocèle se déclare, la malade présente des signes d'hémorragie interne grave coïncidant avec l'augmentation de volume très rapide de la tumeur. Le toucher montre un utérus petit, d'apparence gravide, repoussé en haut et en avant, immobile, comme enchâssé dans la masse environnante. Cette masse occupe en grande partie le cul-de-sac de Douglas qu'elle distend fortement, et s'étend à un degré variable vers l'un ou l'autre des culs-de-sac latéraux. Sa consistance est rénitente; le doigt, en la déprimant éprouve la sensation de la crépitation sanguine qui est un signe excellent. Le toucher combiné au palper, permet enfin d'apprécier l'immobilité absolue de la masse sanguine enkystée, qui forme un bloc pouvant remonter, dans certains cas, jusqu'à l'ombilic.

L'hémorragie intra-kystique commence en général de façon aussi dramatique que l'hématocèle et peut présenter des signes d'hémorragie interne tout aussi graves. L'augmentation rapide du volume du kyste, la tension de ses parois, montreront que l'épanchement sanguin se produit, à l'intérieur de celui-ci.

D'autre part l'absence du bloc sanguin rétro-utérin que l'on rencontre toujours dans l'hématocèle enkystée confirmera le diagnostic d'hémorragie intrakystique.

La torsion et la thrombose du pédicule du kyste surviennent de même au cours de la première moitié de la gestation. Ces complications seront diagnostiquées par le siège de la douleur initiale qui existe toujours à l'endroit du kyste, par l'absence de modification du volume de la tumeur, au niveau de laquelle on ne constate ni gonflement ni affaissement appréciables, enfin, par l'absence de signes d'hémorragie interne. On se rappellera de plus que, de tous les accidents survenus au cours de la première moitié de la gestation, la torsion du pédicule est de beaucoup la plus fréquente.

Lorsqu'à la suite d'une crise douloureuse à début brusque surviennent des signes de péritonite localisée, avec température à grandes oscillations et atteinte progressive de l'état général, il faut alors penser au *sphacèle* ou à la *suppuration du kyste*. Ces accidents font suite en général, à une torsion incomplète du pédicule, s'étant manifestée au début de la grossesse par des phénomènes péritonéaux assez marqués, mais ayant cédé spontanément au bout de quelques jours. Ces crises douloureuses successives, se produisant à des moments espacés, et d'autre part, la localisation des phénomènes péritonéaux au niveau du kyste, constituent un précieux élément de diagnostic.

b) Une autre complication peut enfin se produire au cours des derniers mois de la gestation : c'est l'*occlusion intestinale* due à la compression par un kyste volumineux. Dans ce cas, la malade a présenté antérieurement des troubles digestifs, et en particulier de la constipation avec diminution du volume des matières. Le début de la crise est moins dramatique que lors des complications précédentes, la douleur initiale moins aiguë, moins syncopale. Il se produit un arrêt total des matières et des gaz, et une augmentation de volume de l'abdomen, provenant de la distension des anses intestinales sus-jacentes à l'obstacle : c'est une occlusion chronique passée à l'état aigu.

La *rupture du kyste*, et plus rarement la *rupture utérine*, peuvent avoir lieu pendant la gestation, à la suite d'un traumatisme. Mais elles sont beaucoup plus fréquentes au cours du travail.

2° Les accidents ont lieu pendant le travail.

Lorsqu'on est appelé auprès d'une malade porteuse d'un kyste de l'ovaire et qui présente des signes de choc péritonéal s'étant déclarés après le début du travail, on doit penser à deux complications principales : la rupture du kyste et la rupture utérine.

La *rupture du kyste* lorsqu'il est abdominal, survient en général pendant les efforts d'expulsion de la malade. Les contractions des muscles abdominaux produisent une compression excessive de la tumeur liquide dont les parois finissent par éclater. Le signe

le plus important est alors, en même temps que la douleur déchirante et la péritonite, l'affaissement immédiat de la saillie kystique, dont le contenu liquide se répand dans la cavité péritonéale.

Lorsque le kyste est *prævia*, la rupture se produit le plus souvent au cours de l'extaction du fœtus, soit par forceps, soit par version. La plupart du temps la présence du kyste a été méconnue et l'on a mis la dystocie sur le compte d'un rétrécissement rachitique du bassin. Dans les cas favorables, la tumeur sous la pression de la tête fœtale garde assez d'élasticité pour permettre le passage du fœtus, et le traumatisme aboutit le plus fréquemment à une hémorragie intra-kystique ; ou bien, si la pression est trop forte, le kyste poussé en avant, bombe de plus en plus dans l'excavation et finit par s'évacuer dans le vagin. On a même observé des cas d'énucléation complète du kyste.

La rupture utérine, au contraire, constitue toujours une complication extrêmement grave, la plus grave, même, entre toutes. Elle se produit lorsqu'il existe un kyste pelvien méconnu, barrant l'excavation. La malade lutte alors avec énergie contre l'obstacle qui s'oppose au passage du fœtus. Les douleurs expulsives se succèdent de plus en plus fortes, de plus en plus rapprochées. Il arrive un moment où l'utérus tétanisé, se durcit et soulève démesurément la paroi abdominale. Puis survient une douleur déchirante et en même temps tout s'affaisse. La péritonite se déclare rapidement : le ventre devient

ballonné ; la palpation fait constater sans difficulté la présence du fœtus dans la cavité péritonéale : le diagnostic ne fait aucun doute. Ces différents signes ont été décrits exactement dans l'observation suivante due à l'obligeance de M. Devraigne.

OBSERVATION IV

Devraigne. — *Rupture utérine due à la présence de deux kystes de l'ovaire pelviens chez une femme arrivée presque au terme de sa grossesse ; ovariectomie suivie d'hystérectomie subtotale. — Mort de l'enfant et de la mère.*

M..., secondipare, entre le 14 décembre 1916 à la salle de travail de la Maternité de Lariboisière.

Passé pathologique. — Coqueluche à quatre ans, rougeole à trois et six ans. Premières règles à quatorze ans, régulières très douloureuses, peu abondantes, durant de quatre à cinq jours.

En 1909, accouchement à terme, avec application de forceps. Enfant vivant (Maternité de Beaujon).

Grossesse actuelle. — Dernières règles en mars. Evolution normale de la grossesse. Mouvements actifs perçus au mois d'août. Premières douleurs le 13 décembre à 8 heures du soir. Examen obstétrical le même jour à 11 heures du soir : hauteur utérine 59 centimètres. Sommet fixé, enfant vivant, membranes intactes. Dilatation de 1 franc.

14 décembre à 3 heures du matin. — Rupture spontanée des membranes. Liquide vert, très épais. Bruits du cœur rapides et soufflants, La dilatation est complète. La femme ne faisant aucun effort expulsif, M. Goulot est appelé pour faire une application de forceps. La présentation est une O. I. G. P. Il existe

une petite anse de cordon à gauche, sous la symphyse. Après articulation des branches du forceps, on essaye la rotation, sans succès.

Etant sous l'impression que la prise est mauvaise, M. Goilot désarticule et examine la malade à nouveau. Nouvelle prise en G. P. Rotation sans succès. Les bruits du cœur étant nuls, on téléphone à M. Devraigne qui conseille de faire de la morphine.

A 3 h. 45 la femme est mise dans son lit. On lui fait un quart de morphine. En l'espace de quinze minutes environ, elle accuse 3 douleurs assez violentes, suivies d'efforts expulsifs, puis les contractions cessent. Mais la femme ressent tout à coup une douleur violente siégeant au fond de son utérus et à gauche. On remarque alors que l'utérus ne fait plus saillie sous la paroi abdominale, il est étalé sur les côtés et sa hauteur a diminué.

Palper : sous l'ombilic on arrive sur un petit membre qui semble être sous la paroi abdominale. Le palper est très douloureux, la femme se plaint constamment. Le pouls est à 120. On fait le diagnostic de rupture utérine. Celle-ci s'est produite vers 4 h. 1/4 du matin. M. Devraigne est prévenu.

A 5 heures du matin il examine la malade. Toucher : tête bien fixée au détroit supérieur.

Palper : on a l'impression, sous l'ombilic de petits membres fœtaux sous la peau, et d'une masse dure en haut et à droite.

A 5 h. 1/2 du matin, *laparotomie* par M. Devraigne aidé de M. Roullier. Anesthésie au chloroforme par M. Goilot.

On trouve du sang en assez grande quantité dans la cavité péritonéale et le placenta qui a été expulsé par la brèche utérine. La partie supérieure du tronc du fœtus est restée dans

l'utérus ; la tête est encore fixée au détroit supérieur. Le reste du corps occupe la moitié gauche de la cavité abdominale. On extrait le fœtus, une fille de 2.800 grammes puis le placenta. On extériorise l'utérus. Celui-ci présente, sur la moitié inférieure de son bord gauche une brèche dont les dimensions ont permis le passage de la partie supérieure du tronc.

L'exploration de la moitié gauche du petit bassin fait constater la présence d'un kyste de l'ovaire du volume d'un gros poing.

Ovariectomie du côté gauche suivie d'hystérectomie subtotale. Hémostase. Péritonisation, gros drain dans le Douglas et éthérisation de la cavité abdominale. Sérum artificiel. Huile camphrée. La tumeur est un kyste biloculaire en forme de rein. Les deux cavités de dimensions différentes contiennent un liquide trouble, mais non fluctuant. Poids du kyste : 450 gr.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'intervention, l'état de la malade est assez rassurant, la température est à 37°8 et le pouls assez rapide (130). Sérum artificiel et huile camphrée. Le soir, 1 centimètre cube de morphine.

16 décembre. — L'état général de la malade se maintient assez satisfaisant. La température ne dépasse pas 38 degrés mais le pouls est toujours rapide (120). On vérifie le pansement et on constate que le drain fonctionne bien ; les compresses sont remplacées. On continue le sérum et l'huile camphrée. La malade est agitée la nuit, elle a du hoquet et se plaint de douleurs dans le ventre.

17 décembre. — L'état s'est aggravé. Le hoquet persiste, la langue de la malade est sèche, rôtie. L'abdomen est météorisé et douloureux à la palpation. Le faciès est grippé. Le panse-

ment est refait l'après-midi. Le drain est laissé en place. Température 38°2. Pouls 140.

18 décembre. — Météorisme abdominal plus accentué. L'état est grave. La malade est passée à Perreau dans le coma. M. Devraigne vérifie le pansement et constate des fausses membranes autour du drain. Il s'en dégage une odeur fétide. Malgré le sérum, l'huile camphrée et l'application d'une vessie de glace sur le ventre, aucune amélioration ne survient. La malade succombe dans la nuit.

Autopsie. — On enlève les crins et le drain. Le surget péritonéal a cédé. On retrouve tous les catguts non résorbés dans la paroi abdominale qui contient de la sérosité en quantité peu abondante. Péritonite.

Le petit bassin est occupé par une tumeur kystique dépendant de l'ovaire droit. C'est un kyste uniloculaire, de la grosseur du poing. Il contient 250 grammes d'un liquide très trouble.

II. — Lorsque le clinicien voit la malade pour la première fois en pleine crise, le diagnostic présente le plus souvent des difficultés insurmontables. Un seul fait ne mérite alors aucune discussion, c'est l'existence de la péritonite. Nous n'avons pas l'intention de passer en revue tous les syndromes douloureux de l'abdomen. Nous voulons seulement montrer qu'il est possible en procédant par ordre, de dépister la plupart du temps l'origine génitale de la péritonite et de l'attribuer dans une certaine mesure à une complication venant de la coexistence d'un utérus gravide et d'un kyste de l'ovaire.

Nous avons attiré l'attention, au début du chapitre du diagnostic, sur la nécessité impérieuse de rechercher l'existence de la grossesse, chez toute femme en état d'activité génitale, présentant un syndrome abdominal. Après avoir fait le diagnostic de péritonite aiguë, on devra donc se demander si la malade n'est pas enceinte. Les renseignements fournis par l'entourage, joints à ceux qui peuvent résulter d'un examen méthodique pratiqué sous chloroforme, font reconnaître alors, sans grande difficultés la présence d'un utérus gravide.

1° La malade est en état de gestation.

a) *Si la gestation est au début*, et que l'on trouve, à côté de l'utérus une tumeur pelvienne remontant plus ou moins haut dans l'abdomen, on devra penser tout d'abord à l'affection la plus fréquente : *la rupture d'une grossesse tubaire*. L'hématocèle étant reconnue inexistante, on est amené à supposer la présence d'un *fibrome utérin pédiculé* ou d'un kyste de l'ovaire et à *passer* en revue les divers accidents à retentissement péritonéal (dont le plus fréquent est la torsion du pédicule) qui peuvent résulter de l'association de chacune de ces tumeurs avec une grossesse au début.

b) Lorsqu'on trouve un *utérus gravide à la fin de son évolution* associé à une tumeur abdominale, il y a de grandes chances pour que cette tumeur soit un kyste de l'ovaire. Car à cette période de la gestation, les fibromes utérins donnent rarement lieu à des

accidents s'accompagnant de réaction péritonéale aiguë.

Mais dans certains cas on ne trouve pas trace de la tumeur, soit que l'examen ait été fait dans de mauvaises conditions, soit que le kyste ait éclaté dans l'abdomen. Le clinicien se heurte alors à des difficultés insurmontables. Il ne peut soupçonner la présence du kyste que si les résultats de l'interrogatoire sont assez probants. Le plus souvent il devra se contenter du diagnostic de péritonite aiguë, pour laquelle il ne lui restera à discuter qu'une seule question : l'opportunité de la laparotomie exploratrice.

2° Pendant l'accouchement, la complication à redouter par-dessus tout est la *rupture utérine*. Si donc on ne trouve pas une tumeur kystique sur le compte de laquelle on pourrait mettre les accidents péritonéaux qui viennent de se déclarer, l'indication de la laparotomie n'en reste pas moins impérieuse : elle doit avoir lieu sans retard.

3° Pendant les suites de couches, enfin, que la péritonite aiguë soit d'origine puerpérale ou provienne de la présence du kyste ovarique, la laparotomie exploratrice doit être pratiquée de façon systématique.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

La présence d'un kyste de l'ovaire, chez une malade en période de gestation, est comme nous l'avons vu, la cause de complications extrêmement graves. Lorsque le kyste existe seul, sans grossesse, la règle commune est de prévenir ces accidents par une ovariectomie, pratiquée aussitôt que le diagnostic de la tumeur a été posé. Le praticien dans cette circonstance, n'a qu'une préoccupation : le salut de la malade. Le problème en cas de coexistence de grossesse et de kyste, ne présente pas, malheureusement, la même simplicité. Deux intérêts sont alors en jeu ; la vie de la mère, la conservation du fœtus. Il semble, au premier abord, que ces deux intérêts soient contradictoires, et que l'on ne puisse les concilier. Certains auteurs, Barnes, Treille, Marx, n'hésitaient pas à sacrifier l'enfant pour sauver la mère. L'opinion actuelle considère qu'il faut à tout prix sauvegarder l'un et l'autre. Guidées par ce principe idéal, les recherches les plus récentes ont abouti à la solution véritable : l'intérêt de la mère et de l'enfant exclut toute intervention sur l'utérus gravide.

L'avortement provoqué est donc une pratique à rejeter. Non seulement il sacrifie l'enfant, mais encore il ne garantit pas la mère contre les accidents venant du kyste.

Fallait-il alors, abandonner à elles-mêmes les grossesses compliquées de kystes, dans l'espérance de les voir terminer normalement ? Deux statistiques rendent compte de cette pratique : Heiberg (1882), sur 270 cas non traités note 16 o/o de morts maternelles et 66 o/o de morts fœtales. Rémy (1886), sur 321 cas dans les mêmes conditions, accuse une mortalité maternelle de 19 o/o et une mortalité fœtale de 30 o/o. La statistique de Rémy est meilleure que la précédente, mais elle ne peut être comparée aux résultats obtenus par l'ovariotomie. En considérant les moyennes de Dsirne, Gordon, Weiss, Orgler, Mac Kerron, on arrive pour l'ovariotomie aux chiffres globaux suivants : mort maternelle 4, 1 o/o, interruption de la grossesse 15 o/o. C'est donc à la tumeur qu'il faut s'attaquer ; son ablation constitue le traitement de choix. *La nécessité de l'ovariotomie étant ainsi universellement reconnue*, les divergences ne se manifestent qu'au sujet du moment où l'on doit intervenir. C'est au cours de la gestation que la question est le plus débattue, et c'est justement à cette période que la sauvegarde simultanée de la mère et de l'enfant présente les plus grandes difficultés. Nous avons pensé qu'il était utile de préciser ce dernier point et, en nous inspirant des opinions émises par les maîtres actuels, qu'il était possible de

tracer dans une certaine mesure une marche à suivre dans l'application de l'ovariotomie comme traitement des kystes ovariens compliquant la grossesse.

I. — Traitement pendant la gestation

Nous commençons l'étude du traitement pendant la gestation, en considérant comme indiscutable la proposition suivante de Pinard : *tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré.* Mais le moment d'intervenir dépend de nombreux facteurs. Suivant que le kyste est abdominal ou pelvien, suivant que la gestation est au début ou à la fin de son évolution, enfin, suivant qu'il existe ou non des complications, la conservation de la mère et de l'enfant nécessitent une intervention plus ou moins immédiate. Les statistiques suivantes faites après celles de Terrillon donnent des indications très précises sur le pronostic *fœtal* des ovariectomies pratiquées à des périodes différentes de la gestation.

Ovariectomie	Interruption de grossesse
Dsirne : au cours des 4 ^e premiers mois	10 0/0
— au cours du 7 ^e mois	60 0/0
— au cours du 8 ^e mois	40 0/0
Karl Heil : au cours des 4 premiers mois	9 0/0
Brindeau : au cours des 4 premiers mois	10 0/0
Audebert : au cours des 3 premiers mois	50 0/0

Les chiffres précédents montrent clairement que pendant les quatre premiers mois, l'expulsion prématurée du fœtus est beaucoup moins fréquente

qu'aux périodes suivantes. *Si l'on veut conserver le fœtus il faut par conséquent pratiquer l'ovariotomie ou bien à la première moitié de la gestation, ou bien tout à fait à la fin, époque où l'accouchement prématuré donne les plus grandes chances de viabilité.*

Examinons maintenant le point de vue *maternel* : Il est évident qu'une femme porteuse d'un kyste ovarique, qu'elle soit enceinte ou non, est exposée à des accidents qui peuvent mettre sa vie en danger. Notre maître, M. Démelin, nous a suggéré de nous rendre compte à quelles périodes de la gestation surviennent les principales complications. Il est important, en effet, de savoir si elles se produisent indifféremment à n'importe quelle époque, ou si, au contraire, on les observe de préférence à un moment donné de la gestation. Nous avons pris les renseignements suivants dans les observations ou dans les textes fournissant des détails assez précis pour que la nature des complications mentionnées ne fasse aucun doute. Nous regrettons que le temps nous ait manqué pour pousser ces recherches aussi loin que nous l'aurions désiré. Les résultats ci-dessous se recommandent surtout de l'impartialité avec laquelle nous les avons relevés.

Il semble que du tableau suivant, il soit permis de tirer des conclusions intéressantes. Les accidents obligent à *intervenir sans retard*, qui menacent l'existence de la mère *au point que la conservation du fœtus ne doit plus être prise en considération*, se produisent de préférence à deux périodes dis-

COMPLICATIONS AU COURS DE LA GESTATION

TORSION DU PÉDICULE	SUPPURATION	RUPTURE DU KYSTE	SURDISTENSION ABDOMINALE	ATEINTE DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Au 2 ^e mois (Segond) ¹ — (Mayo Robson) ¹ Au 3 ^e mois (Obs. XVI) — (Obs. XVII) — (Obs. XVIII) — (Spiegelberg) ² — (Schroeder) ² — (Boudron) ¹ — (Pinard et Segond) ¹ — (Monprofit) ¹ — (Bouilly) ¹ — (Delagenière) ¹ A 3 mois 1/2 (Lepage) ¹ Au 4 ^e mois (Schroeder) ² — (Wilson) ² — (Lawson Tait) ³ Du 4 ^e au 5 ^e mois (Thornton) ¹ Au 5 ^e mois (Obs. XX) A 5 mois 1/2 (Obs. XXI) Du 5 ^e au 6 ^e mois (Bouilly) ¹	Au 4 ^e mois (Hecker) ³ A 4 mois 1/2 (Obs. XVII) ⁴ Du 4 ^e au 5 ^e mois (Thornton) ⁴ Au 8 ^e mois (Ferrari) ⁵	A 2 mois (Moulonguet) ¹ Du 3 ^e au 4 ^e mois (Sp. Wells) ¹ Au 4 ^e mois (id) ¹ A 4 mois 1/2 (id) ¹ Du 5 ^e au 6 ^e mois (id) ¹	Fin du 2 ^e mois (Hurel) ¹ Au 7 ^e mois (Sp. Wells) ¹ Fin du 7 ^e mois (Schroeder) ² Au 8 ^e mois (Bruntzel) ⁶ — (Guéniot) ⁷ Milieu du 8 ^e mois (Saxinger) ⁷ Fin du 8 ^e mois (Obs. XXXI) — (Obs. XXX) — (Obs. XXIX) A 9 mois (Ruge) ⁶ — (Fischel) ¹ — (Dagincourt) ¹ — (Hecker) ¹	Au 8 ^e mois (Ferrari) ⁵ Fin du 8 ^e mois (Obs. XXXI) — (Obs. XXX) — (Obs. XXIX) A 9 mois (Dagincourt) ¹

1. In th. Tardif.

2. In th. Rémy, p. 224 à 228.

3. *Idem*, p. 45.

4. Il s'agit, plus précisément, d'un cas de sphacèle du kyste.

5. *Bulletin Soc. Obs. Gyn. de Paris*, I, 1912, p. 774.

6. In th. Rémy, p. 131.

7. *Idem*, p. 132.

tinctes : au début de la gestation, *vers le troisième ou le quatrième mois*, et à la fin de celle-ci, *aux huitième et neuvième mois*. Or c'est justement pendant ces deux périodes que l'ovariotomie fournit le meilleur pronostic fœtal. Dans l'intervalle, pendant les cinquième, sixième et septième mois, il semble que se produise une diminution dans le nombre et la gravité des accidents, et qu'intervienne là une *accalmie momentanée*.

Ces considérations tout en montrant l'utilité qu'il y a en pratique à faire, dans l'application du traitement, une distinction entre les deux moitiés de la gestation, vont nous permettre de poser les indications de l'ovariotomie de façon plus précise, et d'être plus affirmatif dans la conduite à tenir pendant la dernière de ces deux périodes.

A. — LA GESTATION EST A LA PREMIÈRE MOITIÉ
DE SON COURS

« *Tout kyste ovarique diagnostiqué dans la première moitié de la grossesse, commande l'intervention.* » Cette proposition catégorique de Pinard, résume l'opinion de la majorité des auteurs actuels. Les avantages de l'intervention immédiate sont en effet multiples.

L'ovariotomie à cette période, donne le maximum de chances de survie au fœtus.

Elle débarrasse sans retard la mère d'une tumeur gênante, quelquefois douloureuse, et qui constitue

une menace permanente de complications très graves. Elle est indiquée indifféremment, que le kyste soit abdominal ou pelvien.

Enfin elle présente le maximum de facilité, car l'opérateur n'est pas gêné par le volume de l'utérus.

On choisira de préférence pour intervenir, le troisième mois de la gestation. Terrillon puis Dsirne ont montré en effet que pendant les deux premiers mois, l'excitabilité de l'utérus est incontestablement plus forte qu'au troisième mois, et qu'il en résulte une fréquence d'avortements variant entre 37 et 45 o/o ; alors qu'au troisième mois la moyenne tombe à 10 o/o. D'autre part c'est à cette époque que la mortalité maternelle est la plus faible (Coudert). Nous ajouterons enfin que l'on a ainsi de grandes chances de prévenir les complications habituelles du début de la gestation dont la plus fréquente, la torsion du pédicule, se produit rarement avant le troisième mois.

Si le praticien est appelé auprès de la malade à l'occasion d'une de ces *complications*, il ne devra pas hésiter devant la gravité des accidents péritonéaux. La conduite à tenir reste invariable : l'ovariotomie d'urgence est formellement indiquée. Les observations XVII, XVIII, XIX, XX et XXI montrent que le pronostic maternel n'est pas sensiblement influencé par la violence des accidents. L'expulsion prématurée du fœtus ne s'est produite, d'autre part, que dans les observations XX et XXI, parce que l'on est intervenu après la première moitié de la gestation.

Il reste encore une dernière question à préciser : en cas de *kyste ovarique bilatéral*, y a-t-il lieu de modifier la conduite à tenir ? Un assez grand nombre d'observations d'ovariotomies doubles pendant la gestation ont été publiées. D'après les résultats rassemblés par Lœvy et P. Guéniot et ceux qui ont été fournis par Olshausen, Anderodias, Polaillon (obs. XXVI) et Mouchet (obs. XXV), le pronostic maternel et fœtal reste soumis aux mêmes influences par rapport à l'époque de la gestation que lorsqu'il s'agit d'un kyste unilatéral. Un certain nombre d'opérateurs ont noté cependant que l'ovariotomie double excitait davantage la contractilité utérine, et laissait à sa suite des troubles circulatoires caractérisés principalement par un allongement œdémateux du col. Cette opération, malgré ces inconvénients, n'en reste pas moins le traitement de choix.

Le traitement des kystes ovariens compliquant la gestation avant le cinquième mois, n'est donc l'objet actuellement, d'aucune discussion ; il est logique, il donne d'excellents résultats : c'est l'ovariotomie, pratiquée de préférence entre le troisième et le quatrième mois.

B. — LA GESTATION EST A LA SECONDE MOITIÉ DE SON COURS

Pendant la seconde moitié de la gestation, l'ovariotomie garde encore la priorité sur toutes les autres méthodes de traitement. Mais alors que pendant la

première moitié, il est recommandé de la pratiquer le plus tôt possible de façon à prévenir les complications immédiates et tardives, dans le cas qui nous intéresse, au contraire, *on devra attendre la production des accidents et intervenir à la dernière extrémité dans le but de n'exposer l'enfant à une naissance prématurée qu'à une époque aussi voisine que possible du terme de la gestation.*

Dans l'application de cette règle de conduite, on rencontre des difficultés variables, suivant que le kyste est abdominal ou pelyien.

1^o Le kyste est abdominal

Supposons une malade au début du sixième mois de la gestation. Elle vient consulter pour des troubles dus à la surdistension de son abdomen. Elle se plaint de phénomènes douloureux, d'étouffements, d'une constipation opiniâtre. Elle a maigri de façon appréciable ; mais par contre l'excrétion urinaire se fait normalement, le pouls est bon et il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs. On examine la malade, et l'on constate à côté de l'utérus gravide, un kyste de l'ovaire abdominal.

En présence d'un ensemble de symptômes qui font craindre, dans un délai plus ou moins éloigné, des accidents graves, que doit-on faire ?

Faut-il opérer de suite ?

Certains auteurs, considérant que la malade a à peine dépassé la première moitié de la gestation, et que d'autre part les troubles qu'elle ressent peuvent

subir une aggravation bien avant l'époque où le fœtus sera viable, sont d'avis de faire l'ovariotomie dans le plus bref délai.

Cette pratique écarte évidemment tout danger pour la mère. Mais elle aura pour effet de produire, presque à coup sûr l'expulsion prématurée d'un fœtus pour lequel aucun espoir de survie ne sera permis. L'expérience montre en effet, que le pronostic fœtal de l'ovariotomie, encore franchement favorable à quatre mois et demi, autrement dit au milieu du cinquième mois, devient incontestablement mauvais, dès que le cinquième mois est terminé. Il semble qu'il y ait à cette époque une brusque recrudescence de l'excitabilité utérine. *L'intervention immédiate compromet donc le fœtus de façon presque irrémédiable.*

Il ne faut pas d'autre part s'exagérer l'importance et la fréquence des accidents qui peuvent menacer la mère après le cinquième mois. Autant les complications de la première moitié de la gestation (torsion du pédicule, suppuration, rupture du kyste) sont d'une éclosion subite, et nécessitent une intervention urgente, autant celles qui en troublent la fin se manifestent de façon progressive et prêtent à un examen pondéré de la situation. Ces derniers accidents proviennent en grande partie de la surdistension abdominale et de l'atteinte de l'état général. Ils constituent un stade maximum de troubles qui se manifestent dès le début de la gestation (douleurs abdominales, gêne de la respiration, amaigrissement)

et dont l'intensité s'accroît peu à peu, à mesure que l'utérus augmente de volume. Le point difficile consiste dans l'appréciation du moment où ces troubles deviennent dangereux pour la mère. D'après les résultats groupés dans le tableau précédent (p. 75), il semble permis de fixer *une date approximative jusqu'à laquelle il est possible, la plupart du temps, de reculer l'intervention*. Cette date est *la fin du huitième mois* de la gestation.

A la question faut-il opérer de suite, nous répondons donc par la négative. Même si la grossesse est encore au début du sixième mois on doit attendre, et l'expérience montre que dans la grande majorité des cas on *peut* attendre. L'expectative est rendue possible par l'accalmie que nous avons signalée au cours des cinquième, sixième et septième mois, époque pendant laquelle la production des accidents dont la gravité oblige à intervenir d'urgence, subit un réel ralentissement.

Il nous semble donc que la conduite à tenir pendant la seconde moitié de la gestation doive être la suivante :

Pour toute malade présentant un kyste ovarique et une grossesse de plus de cinq mois, l'expectative doit être adoptée.

Cette malade doit garder le lit, éviter tout mouvement brusque, tout effort violent. On doit surveiller très attentivement le pouls, la température, la sécrétion urinaire. L'amaigrissement, s'il se produit, doit être apprécié par des pesées fréquentes et régulières.

A la première manifestation des troubles respiratoires, digestifs et urinaires sérieux, même s'il existe un amaigrissement notable, le *régime lacté* doit être institué. On ordonnera des lavements quotidiens, et l'on surveillera avec une attention redoublée, le pouls, la sécrétion urinaire, l'augmentation de volume de l'abdomen et l'état général. A ce moment on devra se tenir prêt à intervenir en cas de nécessité.

Il faudra opérer aussitôt qu'on aura constaté l'un des symptômes suivants :

Emaciation de la malade.

Gêne extrême et permanente de la respiration.

Rapidité et petitesse du pouls.

Diminution marquée de l'excrétion urinaire.

Cedème des membres inférieurs.

Ces symptômes alarmants se déclarent dans la grande majorité des cas au cours des huitième et neuvième mois. Nous n'avons noté qu'une seule observation d'ovariotomie précoce à la fin du deuxième mois pour troubles de compression intra-abdominale (1). Encore s'agissait-il là d'une malade qui avait pu accoucher spontanément deux fois, malgré son kyste.

Les observations XXIX (Audebert) et XXXI (Wallich et Mouchotte) donnent une idée de la limite jusqu'à laquelle on peut « tenir » dans l'expectative et rendent compte de la façon tout à fait satisfaisante dont les malades supportent l'opération, même pra-

1. Hurel, in thèse Tardit, p. 20.

tiquée à la dernière extrémité. Elles sont de plus instructives en ce sens qu'elles montrent l'utilité, pour le praticien, de connaître l'époque approximative à laquelle les troubles de la fin de la gestation cessent d'être tolérés par la malade. Nous avons dit que *la fin du huitième mois* correspond la plupart du temps à ce moment critique. Nous ne proposons pas cette date comme une limite infaillible, mais comme *un repère* qui peut servir de guide au praticien, lui donner confiance en l'expectative et l'empêcher de décider trop précipitamment l'intervention alors qu'il lui aurait été possible de gagner encore un temps précieux. Dans le cas de M. Audebert, *dès le sixième mois* la malade présentait déjà de violentes douleurs abdominales, de la constipation, de la polyurie et un amaigrissement rapide. On a pu cependant tenir *jusqu'à la fin du huitième mois* et ne pratiquer l'ovariotomie qu'au moment où l'excrétion urinaire était devenue presque nulle. L'observation de MM. Wallich et Mouchotte relate à peu près les mêmes faits. Là encore malgré la production d'accidents graves *au début du septième mois*, l'intervention n'a été faite qu'*à la fin du huitième mois*, alors que la malade n'urinait plus et qu'elle était devenue complètement anhéante. Les deux cas suivants, dans lesquels l'ovariotomie n'a pas été appliquée, plaident encore en faveur de l'*expectative à outrance*.

OBSERVATION V (Résumée)

(In thèse Rémy) (1)

Femme de trente-deux ans. Huitième grossesse. Début de la grossesse sans malaise ; à la dixième semaine, tension de l'abdomen et dyspnée qui augmente *au début du septième mois*, avec grande augmentation du ventre, douleur et grande faiblesse. *Dès le début du neuvième mois*, œdème des membres inférieurs, douleurs stomacales et nausées. La circonférence au niveau de l'ombilic mesure 117 cm. 5.

Au palper, on sent deux grosses tumeurs dans l'abdomen, situées de manière que leurs extrémités supérieures divergent un peu ; la droite est reconnue pour être l'utérus gravide. Ascite peu considérable.

Au toucher, on reconnaît en arrière du col une portion de tumeur tendue plongeant dans le petit bassin et n'étant autre que la tumeur externe. On porte le diagnostic de kyste ovarique.

Le 3 janvier, la femme entre en travail, on ponctionne deux fois, mais en vain le kyste. Enfin dans une tentative de réduction de la tumeur celle-ci se rompt et l'accouchement a lieu.

Délivrance et puerpéralité normales. On doit faire l'ovariotomie après l'involution des organes génitaux.

OBSERVATION VI (Résumée)

(In thèse Tardif) (2)

Mme X..., trente-six ans, mariée à vingt-trois ans, eut en trois ans deux grossesses normales. Trois mois après le dernier

1. Fischel, *Centralbl. f. gyn.*, 1882, p. 255.

2. Dagincourt, « Clin. française », janvier 1896.

accouchement, elle ressentit des douleurs dans le côté droit du ventre et s'aperçut d'une tumeur grosse comme une orange qui pendant sept ans resta stationnaire. Puis troisième grossesse suivie d'un accouchement laborieux. On diagnostiqua alors un kyste ovarique qui continue à se développer pendant deux ans (l'opération ayant été refusée).

Fin de septembre 1894, quatrième grossesse. Dès lors l'état général devint mauvais, mais le kyste parut rester stationnaire. *A partir du cinquième mois*, la malade condamnée *au repos absolu* ressentit de vives douleurs dans l'abdomen et *commença à dépérir*.

Le 21 juin 1895 (fin du 9^e mois), époque de l'accouchement, la parturiente avait d'atroces douleurs, un *ventre énorme*, de l'*œdème des membres inférieurs*.

L'accouchement fut laborieux, mais se termina naturellement (enfant vivant).

Ponction abdominale. — Contre les troubles de compression, provenant de l'augmentation rapide du volume du kyste, les auteurs anciens, dont Spencer Wells, préconisaient la ponction de la tumeur liquide par voie abdominale. En présence de certains accidents qui ont été signalés à la suite de cette intervention (suppuration et rupture du kyste, péritonite, lésion de l'utérus gravide) la tendance générale actuelle est de l'abandonner complètement. Cette décision nous paraît trop exclusive. La plupart des inconvénients reprochés à la ponction peuvent être évités si l'on prend des mesures rigoureuses d'asepsie, et si, d'autre part, l'on a soin de s'assurer, par un

examen approfondi, de la présence et du siège exact du kyste. Nous pensons que, dans ces conditions, la ponction peut être employée, non pas dans un but curatif, mais pour permettre de gagner du temps. Lorsqu'une malade enceinte de sept mois présente des troubles de compression tels qu'une ovariectomie est jugée nécessaire, afin d'éviter l'expulsion d'un fœtus non viable, il nous semble indiqué, quelques jours avant l'intervention, d'atténuer ces phénomènes par une évacuation du kyste, quand même serait-elle incomplète. Si l'état de la malade ne s'améliore pas, rien n'empêche de pratiquer l'opération projetée. Si au contraire il se produit une accalmie la gestation pourra suivre son cours, et l'ovariectomie, pratiquée à une période plus proche du terme fournira des résultats meilleurs.

Kyste abdominal avec accidents aigus. — Au cas où l'expectative est troublée par une complication aiguë (péritonite par suppuration ou par sphacèle, rupture intra-péritonéale du kyste, occlusion intestinale) la laparotomie d'urgence doit être pratiquée. Mais les complications de cette nature, nous le répétons avec intention, sont rares pendant les cinquième, sixième et septième mois de la gestation. De sorte que dans la grande majorité des cas, si l'on a pris soin, dès que le kyste a été reconnu, d'ordonner à la malade un repos absolu et un régime approprié, on pourra retarder l'ovariectomie au moins jusqu'à la fin du huitième mois sans inconvénients sérieux pour la mère, et avec des avantages incontestables pour le fœtus.

2° *Le kyste est pelvien.*

La conduite à tenir pendant la seconde moitié de la gestation en cas de kyste pelvien, est loin de présenter les difficultés dont il nous a fallu tenir compte à propos des kystes abdominaux. Les kystes pelviens ont rarement une influence fâcheuse sur le cours de la gestation.

Ce sont en général des kystes dermoïdes qui ont par conséquent peu de tendance à contracter des adhérences et à s'infecter. Par suite de leur évolution très lente ils atteignent rarement le volume d'une tête de fœtus à terme. Les accidents de compression qu'ils peuvent provoquer, sont de ce fait de peu d'importance. Le plus souvent la malade est incommodée par des pesanteurs dans le bas-ventre, par de la constipation et de la rétention d'urine.

Le repos au lit, les lavements chauds, les purgatifs, des cathétérisme vésicaux bi-quotidiens suffisent, la plupart du temps, à atténuer ces divers troubles et permettent d'atteindre sans grandes difficultés le terme de la gestation.

Refoulement. — Des moyens plus efficaces ont été proposés pour parer à ces troubles de compression. Rémy (1) conseille de tenter de façon systématique le refoulement de la tumeur. Ce procédé peut donner de bons résultats en cas de fibromes utérins ou de

1. In thèse d'agrégation, p. 176.

tumeurs solides de l'ovaire. Appliqué aux kystes ovariens il échoue la plupart du temps et, même lorsqu'on le pratique avec douceur, il produit de l'attrition du vagin et des parois du kyste, des hématomes, et si l'on insiste trop longtemps, la rupture intra-péritonéale du kyste. Nous estimons que cette intervention doit être rejetée en cas de kyste ovarien.

La ponction à travers le cul-de-sac vaginal postérieur peut rendre des services appréciables. Si l'on a soin de la pratiquer après évacuation des réservoirs, il y a peu de chances pour qu'elle entraîne des accidents sérieux. Elle nous paraît donc de beaucoup préférable au refoulement.

Dans la grande majorité des cas d'ailleurs, les grossesses associées à des kystes pelviens vont à terme sans le secours d'une intervention, et celle-ci ne deviendra indispensable que pendant le travail, comme nous allons le voir maintenant.

II. — Traitement pendant le travail.

Lorsque surviennent les premières douleurs qui marquent le début du travail, la sauvegarde de la mère et de l'enfant ne dépend plus désormais que d'un facteur principal : la perméabilité de la filière pelvienne. Le kyste abdominal dont le rôle pendant la gestation était de première importance, n'influera donc que de façon indirecte sur l'expulsion du fœtus. Le kyste pelvien, par contre, en obstruant une grande

partie de l'excavation, va être le point de départ des complications graves de l'accouchement. C'est de lui que nous devons nous occuper spécialement.

1° *Le kyste est abdominal*

La conduite à tenir peut alors se résumer en ces quelques mots : *attendre les événements*.

Dans les cas les plus favorables, l'accouchement s'accomplit de façon parfaite, comme si le kyste n'existait pas.

Mais assez souvent, par suite de l'inclinaison latérale de l'utérus, on observe de l'inertie utérine, des présentations vicieuses, des procidences, complications qui demandent une surveillance attentive des différents moments du travail et qui nécessitent de façon invariable l'extraction artificielle du fœtus.

D'autre part il y a intérêt à ne pas obliger la mère à des efforts violents d'expulsion. Les contractions de l'utérus et de la paroi abdominale, si elles ne produisent que rarement la rupture du kyste, soumettent celui-ci à des traumatismes répétés qui amèneront une fois l'accouchement terminé, l'infection de la tumeur et son évacuation dans le péritoine ou dans un organe important.

Pour éviter ces accidents on a pratiqué l'opération césarienne suivie d'ovariotomie. Ce procédé donne de bons résultats. Mais on peut lui reprocher de compromettre inutilement la solidité de la paroi utérine, inconvénient qui pourrait nuire aux grossesses ultérieures.

Il nous semble donc préférable, dès que la dilatation est reconnue suffisante, de procéder sans retard à l'extraction du fœtus, suivant les cas, à l'aide du forceps ou de la version.

Après l'accouchement on devra faire l'ovariotomie.

2° *Le kyste est pelvien*

L'encombrement de l'excavation par un kyste pelvien peut donner lieu à la plus grave des complications qui puissent survenir au moment de l'expulsion du fœtus, la rupture utérine (1). Mais d'autres accidents peuvent encore mettre en danger la vie de la mère et du fœtus (rupture et hémorragie du kyste, lenteur exagérée de la période d'expulsion) de sorte que, même dans les cas les plus favorables, une intervention opportune sera nécessaire. L'expectative peut donc avoir des conséquences graves. L'heure n'est plus maintenant d'attendre les événements ; *il faut agir sans retard.*

Plusieurs procédés ont été employés pour neutraliser l'action dystocique du kyste. Les uns ne tendent qu'à dégager momentanément l'aire de l'excavation : ce sont le refoulement, la ponction et l'incision du kyste par le vagin. D'autres consistent à supprimer radicalement la tumeur, au moyen de l'ovariotomie par voie vaginale ou abdominale. Le traitement idéal est l'ovariotomie abdominale, qui constitue le moyen le plus sûr d'extraction du kyste. Cette opération

1. Voir obs. IV, p. 64.

exige malheureusement des conditions spéciales qui peuvent ne pas toujours se présenter. De sorte que l'opérateur se trouve alors dans l'obligation de choisir, parmi les autres procédés, celui qui conviendra le mieux aux circonstances. Nous allons essayer d'établir les indications de ces divers procédés, en étudiant deux cas cliniques différents.

A. — Supposons une femme en travail depuis deux jours. Elle présente un *kyste pelvien bas situé*, siégeant presque à l'entrée du canal pelvien. La dilatation est complète *la poche des eaux rompue* ; la présentation est fixée par un début d'engagement. Que faut-il faire ?

Le siège du kyste à la partie inférieure du canal pelvien, son enclavement dû à la poussée exercée *a tergo* par le fœtus, ne rendraient possible l'ovario-tomie abdominale qu'après une opération césarienne. Malheureusement pour celle-ci, la longue durée du travail, la rupture de la poche des eaux, le degré d'engagement, seraient des conditions trop défavorables.

Il semble donc que le seul traitement logique doive être une *intervention par voie vaginale*.

Forceps et version. — Lorsque la tumeur est dépressible et que son volume semble permettre le passage du fœtus, on peut être tenté de terminer l'accouchement par une version ou une application de forceps. Ces moyens obstétricaux ne peuvent donner de bons résultats que si le fœtus traverse la filière pelvienne sans résistance anormale. « Le for-

ceps et la version doivent être en effet, avant tout, des procédés de douceur ; tous deux doivent être faits sans brutalité. Dès qu'il s'agit d'exercer de violentes tractions, ces procédés doivent être rejetés car ils deviennent dangereux pour la mère et pour le fœtus. En effet le passage du fœtus dans le bassin obstrué est susceptible de déterminer du côté de la tumeur, des compressions, des froissements qui pourront amener soit sa gangrène, soit des hémorragies dans son intérieur » (1). Ce passage expose aussi à la rupture du kyste. Or il est exclusivement difficile de se rendre compte du degré d'élasticité et de résistance de la tumeur, de l'étendue de ses adhérences, de la tendance plus ou moins grande à la production d'hémorragies. Barnes a attiré l'attention « sur l'extrême danger que court la femme lorsqu'on fait passer de force un fœtus à côté d'une tumeur ». Nous ajouterons à cette remarque que le fœtus est encore moins favorisé que la mère. Les statistiques suivantes donnent une idée des résultats déplorables dus au forceps ou à la version. Dans le premier cas Mac Kerron, sur 14 applications a noté 8 mères mortes et 10 enfants morts ; Jetter sur 12 cas, 6 mères mortes et 6 enfants morts. Pour la version, les chiffres de Mac Kerron sont les suivants : pour 17 interventions 6 mères et 10 enfants morts et ceux de Jetter : 7 mères et 14 enfants morts à la suite de 15 versions. L'observation suivante confirme les résultats que nous venons d'exposer.

1. Coudert, Th. de Paris, 1904.

OBSERVATION VII

Lomer. — *Kyste ovarique prævia enclavé. — Dystocie.*

Version. — Mort de la mère et de l'enfant.

Secondipare accouchée, un an auparavant, d'un enfant avant terme mort et macéré. Suites de couches légèrement compliquées. Depuis douleurs dans le côté droit.

Deuxième grossesse : début des douleurs avant terme. Au bout de quatre jours l'orifice du col qui est très haut, est dilaté comme une pièce de deux francs. Le médecin appelé, pose le diagnostic de rétrécissement du bassin. Rupture de la poche des eaux. Tentatives infructueuses d'abaissement d'un pied. Procidence du cordon, mort de l'enfant. Le lendemain, le col étant dilaté, version sous chloroforme, arrachement de la tête au moment de l'extraction, collapsus, fièvre, mort trois heures après.

Autopsie. — Tumeur ovarique du volume d'une tête d'enfant, profondément enclavée dans le Douglas, avec des adhérences tout autour, parsemée d'épanchements sanguins récents. Pas de rupture utérine. pas d'épanchement dans la cavité abdominale.

L'emploi correct du forceps et de la version est d'ailleurs rendu impossible par le voisinage d'une tumeur encombrante, qui gêne les mouvements de l'opérateur. Ces deux procédés fournissent donc des résultats trop décevants, pour qu'ils puissent être recommandés dans le traitement des dystocies par kystes pelviens. Ils ont de plus un autre grave in-

convénient : lorsque la mort du fœtus survient en cours d'intervention, l'accoucheur est presque fatalement amené à terminer l'extraction à l'aide de l'embryotomie ou de la basiotriopsie, opérations dont le pronostic, suivant l'avis unanime, est certainement encore plus sombre. Aussi jugeons-nous inutile d'y insister plus longuement.

Ponction vaginale. — Il nous semble beaucoup plus logique, en présence d'un kyste faisant saillie dans le vagin, alors que la poche des eaux est rompue et que la dilatation est complète, de tenter avant toute autre intervention, la ponction au niveau du cul-de-sac postérieur. Parmi les procédés de fortune celui-ci présente certainement les moindres chances d'accidents graves, à condition que l'on ait pris soin d'évacuer auparavant les réservoirs. La ponction, pratiquée aseptiquement avec un trocart aspirateur, est d'une technique facile et produit presque toujours un affaissement du kyste suffisant pour laisser passer le fœtus.

Les observations suivantes montrent les services précieux qu'elle peut rendre pendant le travail lorsqu'on se trouve en de mauvaises conditions pour la laparotomie.

OBSERVATION VIII

Vignard. — *Dystocie par kyste de l'ovaire probable. — Ponction vaginale. — Accouchement spontané à terme*

Il s'agit d'une malade dont la grossesse n'avait été troublée

par aucun accident grave ; du deuxième au neuvième mois elle avait eu presque continuellement des contractions douloureuses de l'utérus.

A son entrée à l'hôpital les douleurs sont peu marquées, mais il n'y a pas trace d'engagement, le segment inférieur n'est pas formé, le col est très haut, tout à fait derrière la symphyse et légèrement entr'ouvert ; en arrière de lui et s'avancant dans le vagin dont la paroi postérieure est refoulée en avant, se trouve une tumeur de la grosseur d'une mandarine, molle, fluctuante et qui fait dans le rectum une saillie prononcée.

Les douleurs devenant vives, on s'assure en introduisant une partie de la main dans le vagin et un doigt dans le col, que la tumeur est indépendante de la paroi postérieure de l'utérus, et M. Vinay se décide à ponctionner le cul-de-sac postérieur ; cette ponction donne issue à 300 grammes d'un liquide ressemblant à du sirop d'orgeat, contenant de l'albumine avec quelques globules graisseux et des cristaux. Disparition complète de la tumeur et terminaison rapide de l'accouchement.

Aux deux observations précédentes, nous joignons encore un exemple de ponction d'un kyste dermoïde à l'aide d'un trocart de gros calibre préalablement chauffé, qui a permis l'expulsion spontanée d'un enfant de 2.960 grammes.

OBSERVATION IX

Guérin Valmale. — *Dystocie pour Kyste dermoïde pelvien*

Ponction vaginale. — Accouchement spontané.

Première grossesse à seize ans. Tumeur à droite, incluse dans l'excavation, difficilement atteinte par le palper. Utérus au-dessus d'elle, fortement incliné à droite.

Au toucher, tumeur ronde rénitente, tendue, emplissant toute la concavité sacrée, refoulant les culs-de-sac droit et postérieur contre l'arc antérieur. Forme régulière, lisse, de consistance égale partout. La tumeur est immobile et enclavée. Col de l'utérus dilaté, en travail. On sent deux mains procidentes.

Ponction d'abord vaine (Potain), puis avec un trocart gros et chauffé, donnant issue à 300 grammes de liquide sirupeux. L'engagement de la tête se fait ensuite.

Accouchement spontané. Enfant de 2.960 grammes.

Deuxième grossesse : Le kyste est plus gros, très douloureux mais plus haut situé. Accouchement facile.

Dans certains cas où la ponction n'a produit qu'une réduction incomplète du volume du kyste, on a pu profiter du léger dégagement de l'aire pelvienne qui en avait résulté, pour terminer l'accouchement, avec des résultats parfois satisfaisants, à l'aide du forceps ou de la version.

OBSERVATION X (résumée)

X. Bender. — In *Bulletin Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*
. 1912, p. 200.

Ponction au cours du travail chez une femme arrivée au terme de sa grossesse, pour kyste de l'ovaire prævia à contenu légèrement filant. Application de forceps. Enfant vivant. Guérison.

OBSERVATION XI (résumée)

Trillat. — In *Bulletin Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1912,
p. 508.

Kyste de l'ovaire pelvien diagnostiqué pendant le travail. Traitement de la dystocie par la ponction. Extraction de l'enfant par version dans un bassin rétréci. Mort de l'enfant au bout d'une heure due à l'hémorragie méningée.

La ponction nous paraît donc indiquée dans les cas où la laparotomie est impraticable, autrement dit lorsque le praticien est appelé d'urgence, sans avoir eu le temps de prendre ses dispositions, auprès d'une malade porteuse d'un kyste pelvien bas situé, en pleine phase d'expulsion (dilatation complète et début d'engagement), et déjà affaiblie par une longue période de travail.

On a reproché à la ponction de provoquer l'écoulement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale. Cet inconvénient ne peut avoir des conséquences graves que lorsque le kyste est suppuré. Les adhérences à la paroi vaginale constituent souvent alors, un excellent moyen de protection.

Les avantages de la ponction sont par contre appréciables :

Elle donne des renseignements sur la nature de la tumeur. Elle produit la plupart du temps un dégagement suffisant de l'excavation. Elle est le plus souvent inoffensive. C'est un procédé simple et pratique,

qui peut enfin servir de premier temps à des interventions plus importantes telles l'incision et l'ovariotomie vaginale.

Incision vaginale. — L'incision vaginale est soumise aux conditions que nous avons formulées à propos de la ponction. Elle est indiquée toutes les fois que celle-ci évacue le kyste de façon insuffisante. Elle peut donc rendre des services lorsqu'on a affaire à un kyste pelvien multiloculaire ou contenant une substance peu fluide (kyste dermoïde ou hémattique). Il semble d'autre part qu'elle permette l'emploi du forceps ou de la version avec des résultats meilleurs, car elle produit un affaissement plus complet et plus rapide de la tumeur.

Certains inconvénients ont été signalés à propos de l'incision vaginale ; ce sont :

L'inoculation du péritoine par le contenu du kyste ou par des germes venant de l'extérieur.

La suppuration de la cavité kystique due à sa large communication avec le vagin.

La production d'hémorragies difficiles à arrêter.

Ces trois inconvénients peuvent être évités si l'on a soin d'inciser tout d'abord la paroi vaginale postérieure, puis, lorsqu'on arrive au kyste, d'y faire pour commencer une simple boutonnière dont on fixera immédiatement les lèvres à celles de la plaie vaginale à l'aide de deux pinces. On n'agrandira qu'en suite l'incision du kyste en plaçant de nouvelles pinces si l'utilité s'en fait sentir. Une fois le kyste évacué il

devra être marsupialisé. L'observation suivante, fournira les principaux temps de l'incision vaginale, et les soins consécutifs.

OBSERVATION XII

Demelin et Schwab. — *Kyste de l'ovaire à contenu hématique.*

— *Présentation de la face. — Incision par le vagin. — Guérison de la mère.*

Mme G..., primipare, âgée de vingt-deux ans, entre à la clinique Tarnier dans le service du professeur Budin, le 29 janvier 1900. Cette malade ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Mais ses antécédents personnels sont intéressants.

Elle a été réglée pour la première fois à douze ans. De seize à dix-huit ans les règles, déjà peu abondantes, deviennent presque insignifiantes et irrégulières.

Du 2 au 14 octobre 1897, la malade a gardé le lit pour des phénomènes de péritonisme, caractérisés par du ballonnement du ventre, de la douleur dans la fosse iliaque droite sans élévation notable de la température et sans vomissements.

Le médecin de Montreuil qui la soignait l'envoie à l'hôpital Tenon, où l'on fait le diagnostic d'appendicite et où l'on propose une intervention immédiate. La malade refuse de se laisser opérer. Les symptômes abdominaux s'amendent petit à petit ; malgré cela la malade conserve une sensibilité douloureuse dans le bas-ventre pendant quelques mois encore.

La malade se marie le 28 janvier 1899. Dernières règles le 20 mai suivant. Jusque-là bon état de santé. Vers la deuxième quinzaine du mois d'août la malade, dans un accident

de tramway sans subir de traumatisme direct, ressent une violente émotion et souffre dans le côté gauche du bas-ventre. Elle va consulter alors à ce moment son médecin, qui diagnostique une grossesse compliquée de tumeur pelvienne, tumeur dont il ne peut préciser la nature. Il envoie la malade à la Maternité, où on laisse la femme en observation pendant quelques jours. Premiers mouvements actifs du fœtus au commencement d'octobre. La malade va consulter une sage-femme fin novembre, laquelle croit à l'existence d'une grossesse extra-utérine, mais quelques temps après, lors d'un nouvel examen, la sage-femme revise son diagnostic et pense à une grossesse utérine compliquée de tumeur pelvienne. Elle adresse la malade à M. Bouilly, qui la renvoie à la clinique le 29 janvier 1900. L'état général de la malade est bon ; son squelette est normal ; rien à signaler du côté des principaux viscères, sauf une arythmie cardiaque. L'abdomen présente une augmentation notable et l'on constate sur la ligne médiane, une tumeur oblongue à grand axe longitudinal, formant de plus une saillie notable au niveau de l'hypogastre. Cette tumeur est formée par l'utérus gravide, de consistance ferme et élastique, et se contractant par moments ; mais cet utérus est étroit transversalement et se développe surtout en hauteur. Au palper on trouve une tête au-dessus du détroit supérieur, un siège au niveau de l'épigastre et un dos à droite. La tête déborde la symphyse en avant et ne peut s'engager dans le bassin. Au toucher on constate que les parois vaginales antérieure et latérale sont refoulées en dedans et vers la cavité du vagin, formant ainsi une tumeur arrondie. Ce refoulement est produit par l'existence d'une tumeur molle et presque fluctuante, siégeant entre la paroi de l'excavation et la paroi vaginale droite. Le volume de la tumeur est celui

environ d'une orange, elle est allongée dans le sens antéro-postérieur et va jusque dans le cul-de-sac postérieur. La tumeur semble en partie réductible, mais il est impossible de porter la paroi du vagin en rapport avec la paroi de l'excavation. Le col est difficilement accessible en arrière de la symphyse et au-dessus de la tumeur. Le col est aplati et presque déplié. La tumeur pelvienne donne à la cavité vaginale une forme de canal en C renversé.

Pendant tout le courant du mois de février rien de bien particulier à signaler ; la tumeur pelvienne ne se modifie pas, elle conserve toujours sa consistance molle et presque fluctuante, qui fait hésiter le diagnostic entre celui d'un fibrome du segment inférieur très ramolli et celui d'un kyste compliquant la grossesse. La tête fœtale reste élevée sans tendance à l'engagement, la malade se plaint de souffrir un peu vers la fosse iliaque droite ; une sonde introduite dans la vessie démontre qu'il n'y a pas de connexion entre cette vessie et la tumeur pelvienne.

Le 27 février, dans la soirée, et dans la nuit du 27 au 28, quelques pertes de sang. Le 28 février dans la matinée, les contractions utérines douloureuses s'installent ; vers 11 heures du matin les douleurs deviennent assez vives ; vers 11 heures et demie rupture prématurée des membranes. A ce moment le col est effacé et dilaté de 1 centimètre environ. La tête se présente au détroit supérieur. A 6 heures du soir même dilatation, la tumeur pelvienne persiste avec ses caractères, n'a nulle tendance à remonter et se tend pendant les contractions utérines. A 10 heures du soir une dilatation de 3 centimètres.

1^{er} mars. — A une heure du matin la dilation est de 4 centimètres. A ce moment on sent une présentation de la face en M. I. G. A.

A 9 heures du matin la dilatation est de 4 centimètres, le col est élevé et reporté vers la moitié gauche du bassin. La tumeur est fortement saillante dans le vagin, assez tendue et se laisse refouler en partie seulement, vers le haut. Présentation de la face à la partie toute supérieure de l'excavation en M. I. G. A., avec procidence de la main. Depuis une demi-heure environ l'enfant perd du méconium. mais les bruits du cœur un peu fréquents sont bons. A 10 heures du matin dilatation de 5 centimètres, bruits du cœur peu fréquents. M. Démelin prévenu en l'absence de M. le professeur Budin, examine la malade à midi. L'utérus très distendu est fortement rétracté sur le fœtus, l'utérus est très allongé et présente une forme en sablier, la dépression transversale siégeant un peu au-dessus de l'ombilic. Toujours même présentation en M. I. G. A. La tumeur pelvienne fluctuante repousse fortement en dedans et en avant la paroi latérale droite du vagin. Les bords du col sont souples à gauche, un peu plus à droite au niveau du pôle supérieur de la tumeur. Il s'écoule du liquide amyotique teinté de méconium.

On décide d'attendre pour voir la dilatation se compléter davantage, mais en surveillant de près la distention du segment inférieur.

A 1 heure de l'après-midi la dilatation est de 7 centimètres ; en ce moment il y a procidence de la main et de l'avant-bras gauche. A 3 heures la dilatation est presque complète ; les bruits du cœur sont assez bons quoique fréquents.

On se décide à intervenir.

Accouchement. — Comme à l'auscultation du cœur de la parturiente, on constate des irrégularités, des faux pas et comme une sorte de dédoublement du second temps, on préfère pour l'anesthésie, l'éther au chloroforme.

A 3 h. 25 la dilatation est à peu près complète. Présentation de la face intermédiaire entre M. I. G. A. et M. I. G. T. Procidence de la main gauche et de l'avant-bras derrière la face. L'engagement dans l'excavation est peu prononcé.

A 3 h. 35, introduction de la main droite dans le vagin pour explorer la capacité de l'excavation. On sonde la femme avec une sonde métallique ; la vessie remonte derrière la symphyse, très au-dessus de la tête fœtale.

A 3 h. 40, application de forceps Tarnier sur la face en M. I. G. A., application régulière en commençant par la branche gauche qui est glissée entre le bras procident et la tête fœtale.

L'introduction et le mouvement de spire de la branche droite sont assez faciles, peu gênés par la tumeur pelvienne. M. Démelin exerce alors une traction très légère sur le forceps pour voir si la face pourrait descendre et si la tumeur aurait tendance ou à remonter ou à s'aplatir. En même temps M. Schwab essaie avec deux doigts de refouler la tumeur.

Mais ces essais sont infructueux : la tumeur se tend toujours et la face ne descend pas.

Laissant alors le forceps placé sur la face, M. Démelin fait une *ponction* dans la tumeur avec l'appareil de Potain. Cette ponction est infructueuse ; un peu de liquide visqueux rouge noir, apparaît seulement dans le tube de l'appareil. On rentre alors le trocart, et on essaie de nouveau des tractions douces, modérées sur le forceps. Mais c'est en vain : l'orifice de ponction est trop étroit pour laisser sortir le liquide kystique. L'auscultation du cœur fœtal fait entendre des battements lointains. M. Démelin retire le forceps et se décide à *inciser* franchement le kyste par le vagin, après avoir au préalable fixé

la poche à la paroi vaginale. A cet effet il place quatre points de suture à la soie, prenant le vagin et la paroi de la tumeur, les points étant placés par deux, parallèlement. Puis on incise franchement au bistouri entre les points suturés.

Il s'écoule une grande quantité d'un liquide visqueux, brunâtre, ressemblant quelque peu à du savon noir, formé par un liquide muqueux auquel est mélangé du sang. On fait une grande *injection* dans la poche puis on la vide. La poche kystique est volumineuse et peut contenir environ deux poings. Elle remonte en haut sur le côté droit et en avant de l'utérus.

Une fois la poche vidée on applique le forceps sur la face. La face descend facilement. La rotation et la descente sont aidées par des pressions exercées sur la voûte palatine du fœtus pour compléter la diflexion de la tête. Le dégagement de la face est assez pénible, on doit l'aider par la manœuvre de Ritgen.

Pendant ces manœuvres les bruits du cœur fœtal deviennent très sourds. Le dégagement de la face se fait à 4 h. 17. L'enfant naît en état de mort apparente. Il présente une légère paralysie faciale gauche. On pratique l'aspiration des mucosités. Assez rapidement l'enfant fait des mouvements respiratoires d'abord espacés puis plus rapprochés. On constate immédiatement que l'air aspiré de l'enfant sent fortement l'éther. Cette odeur persiste pendant longtemps.

L'enfant mis en couveuse, respire assez bien pendant la soirée, mais ne crie pas. Il meurt à 10 heures du soir.

On fait la délivrance artificielle à 4 heures et demie.

On fait ensuite le nettoyage de la cavité kystique que l'on tamponne avec de la *gaze iodoformée*. On laisse le point de suture marsupialisant la poche dans le vagin. On termine par un tamponnement vaginal.

Suites de couches. — Les suites de couches ont été aussi bonnes que possible et jamais la température n'a dépassé 38 degrés. La température la plus élevée a été de 37°8 le dix-neuvième jour des suites de couches au moment de l'apparition d'une phlegmatia légère de la jambe gauche qui a duré une dizaine de jours environ.

Le traitement post-partum fut le suivant : tous les jours on fit un *lavage de la poche* au moyen de la sonde intra-utérine du professeur Budin ; on fit passer ainsi chaque fois deux litres de solution de sublimé à 1/8000, en même temps on désinfectait soigneusement le vagin. Dans les premiers jours et cela jusqu'au 6 mars, le liquide de l'injection ramena encore du contenu épais, sirupeux et brunâtre du kyste. On détache de plus avec le doigt introduit dans la poche, les débris muqueux de cette dernière. Après chaque lavage on tamponnait le kyste avec une mèche de gaze iodoformée.

6 mars. — L'écoulement changea un peu de caractère ; la sécrétion était plus glaireuse et plus grisâtre que les jours précédents et, le 8 mars, l'écoulement devint légèrement puriforme : malgré cela pas d'élévation de température.

9 mars. — Le liquide qui s'écoule de la poche est plus nettement purulent, mais la cavité kystique se rétrécit considérablement et diminue beaucoup de profondeur. Les jours suivants chaque lavage ramenait de 2 à 3 cuillerées à soupe d'un liquide franchement vert. Le 20 mars la sécrétion purulente est presque tarie et l'on touche la cavité avec un tampon imbibé de teinture d'iode.

6 avril. — La poche ne permet plus que l'introduction des deux premières phalanges de l'index et l'écoulement n'existe plus qu'à peine. La malade quitte l'hôpital sur sa demande le 6 avril.

Ovariectomie vaginale. — Cette opération après échec de la ponction et de l'incision, constitue l'unique moyen à la disposition du praticien pour lever l'obstacle. Elle ne doit être entreprise qu'en dernier recours. C'est une intervention hasardeuse car l'opérateur ne peut contrôler ses actes. Si le kyste est adhérent aux organes du petit bassin ou à l'intestin, les manœuvres de dégagement faites à l'aveugle deviennent extrêmement pénibles et peuvent produire des lésions de l'intestin, la déchirure de la poche kystique, la rupture du pédicule, autant d'accidents contre lesquels l'opérateur se trouvera la plupart du temps dans l'impossibilité de réagir.

Si au contraire les adhérences sont nulles l'énucléation se fait aisément, et sans risques sérieux. A cette condition l'ovariectomie vaginale peut être considérée comme une opération utile qu'il faudra en tout cas préférer au forceps et à la version employés sans évacuation préalable du contenu du kyste.

OBSERVATION XIII

Fabre. — *Kyste dermoïde prævia de l'ovaire, diagnostiqué au huitième mois de la grossesse. — Ovariectomie vaginale. — Guérison.*

Une femme enceinte de huit mois est envoyée à la clinique en 1904 pour une tumeur prævia remplissant l'excavation pelvienne.

Il est impossible de refouler cette tumeur qui paraît enclavée dans le bassin. La malade ne ressent aucune douleur mais

l'approche du terme, le volume de la tumeur, son siège et la certitude de la dystocie indiquent d'intervenir.

M. Fabre intervient par voie vaginale ; l'ablation du kyste ne présente aucune difficulté sérieuse. Des pinces à demeure furent laissées sur les pédicules,

Suites opératoires apyrétiques. L'ablation des pinces se fit sans hémorragie, vingt-quatre heures après l'intervention. Accouchement prématuré quarante-huit heures après malgré les précautions prises. L'enfant succombe au bout de quelques jours. On trouve à l'autopsie des lésions syphilitiques certaines.

OBSERVATION XIV

Staude. — *Kyste ovarique pelvien. — Dystocie. — Ponction suivie d'ovariotomie vaginale. — Guérison.*

Multipare de trente-deux ans en travail. La paroi postérieure du vagin est refoulée par une tumeur qui descend presque jusqu'à l'entrée du canal vaginal. La tumeur est tout entière au-dessous du col. Celui-ci est presque entièrement dilaté. La tumeur n'est pas fluctuante. On pense néanmoins à un kyste et on fait une *ponction* qui laisse couler un liquide clair. On incise la paroi vaginale à l'endroit ponctionné, et la paroi du kyste, blanche, se présente ; la tumeur est attirée au dehors à travers l'incision agrandie ; on arrive ainsi au pédicule qu'on sectionne. A ce moment une contraction utérine pousse la tête jusqu'au périnée. Application de forceps. Après la délivrance suture au catgut de la plaie vaginale. Guérison.

Une fois l'accouchement terminé l'on doit, comme il vient d'être indiqué dans l'observation ci-dessus, suturer au catgut les lèvres de la plaie vaginale.

B. — Supposons maintenant une malade portant un kyste pelvien siégeant à la *partie supérieure de l'excavation*. Elle vient d'entrer en travail, la poche des eaux est intacte, le col présente un début de dilatation ; l'extrémité fœtale n'est pas engagée.

La situation se présente sous un jour beaucoup plus favorable que précédemment : l'état peu avancé du travail va permettre au praticien de prendre ses dispositions en vue d'une *ovariotomie abdominale*, dont les chances de succès sont augmentées par suite de la position élevée du kyste. Ces incontestablement dans ces conditions l'opération la plus bénigne, la plus sûre, la plus favorable à la mère et à l'enfant.

Mais il peut arriver que la présence d'un gros utérus en travail gêne les mouvements de l'opérateur, et que celui-ci éprouve de ce fait une grande difficulté à dégager le kyste de sa loge pelvienne. Les adhérences de la tumeur au cul-de-sac de Douglas peuvent venir encore compliquer l'acte opératoire. Cet ensemble de circonstances constitue une indication de la *césarienne*. Une fois l'utérus vidé, l'extirpation du kyste se présente de façon favorable : l'ovariotomie doit immédiatement faire suite à la césarienne.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'ovariotomie abdominale, car nous nous proposons d'y revenir à la fin de ce travail. Cette opération que les progrès de la chirurgie ont grandement contribué à mettre en valeur, mérite un chapitre à part. Elle présente

cependant l'inconvénient suivant : Elle nécessite un matériel spécial, un opérateur et un aide expérimentés, un anesthésiste, ensemble de conditions qu'il est parfois difficile de rencontrer. Il faut alors avoir recours à d'autres procédés dont nous allons examiner la valeur.

Nous avons montré, à propos du traitement des kystes pelviens bas situés, les résultats peu encourageants et les inconvénients de l'extraction du fœtus par forceps ou par version. La situation haute du kyste n'en modifie pas sensiblement le pronostic. Ces interventions ne pourront être pratiquées avec des résultats satisfaisants qu'après évacuation du kyste par ponction ou incision.

L'ovariotomie vaginale en dehors des graves dangers qu'elle présente, réclame approximativement les mêmes précautions que l'ovariotomie abdominale. Pour cette double raison elle est impraticable dans le cas qui nous occupe.

Refoulement. — Doit-on profiter du fait que le kyste siège à la partie supérieure de l'excavation pour tenter de la refouler ? Cette pratique n'est pas exempte de danger ; elle peut produire la rupture du kyste, ou en d'autres cas, lorsqu'on arrive à réduire la tumeur malgré ses adhérences, une hémorragie souvent très abondante, et parfois mortelle. Il est cependant d'usage d'essayer la rétropulsion du kyste avant de recourir à une opération. Pour ce faire on met la malade soit en position genu-pectorale, soit en position gynécologique avec une légère inclinai-

son Morand-Trendelenburg. L'anesthésie générale facilite grandement les manœuvres. Coudert (1) recommande de procéder de la façon suivante : « Les précautions ayant été prises et la femme sondée, on introduit toute la main dans le vagin, afin d'explorer le bassin et son contenu. On se rend ainsi compte du volume et du siège de la tumeur, d'une façon aussi précise que possible. On appuie ensuite sur la tumeur non pas avec un seul doigt, méthode mauvaise, mais avec toute la main. De cette façon on arrivera plus facilement à mobiliser la tumeur et à la rétropulser. Il va sans dire que cette manœuvre doit être exempte de toute brutalité, et faite lentement avec la plus grande douceur, dans l'intervalle des contractions, en usant de pressions légères et soutenues. Dans certains cas on verra la tumeur s'élever et peu à peu se dégager du bassin... La tumeur ayant été réduite il sera utile de laisser la main un peu en place pendant quelques instants. On la retirera ensuite lentement et progressivement. »

Pour empêcher la tumeur de redescendre on pourra, si la dilatation est suffisante, rompre les membranes et suivant que l'on trouve une présentation du siège ou une sommet, abaisser les pieds, ou bien faire la version par manœuvres internes.

Les difficultés et les dangers de la méthode, font que, très souvent, l'accoucheur n'insiste pas dans sa tentative. Aussi obtient-il, en général des résultats négatifs.

1. *In th. de Paris*, 1904, p. III.

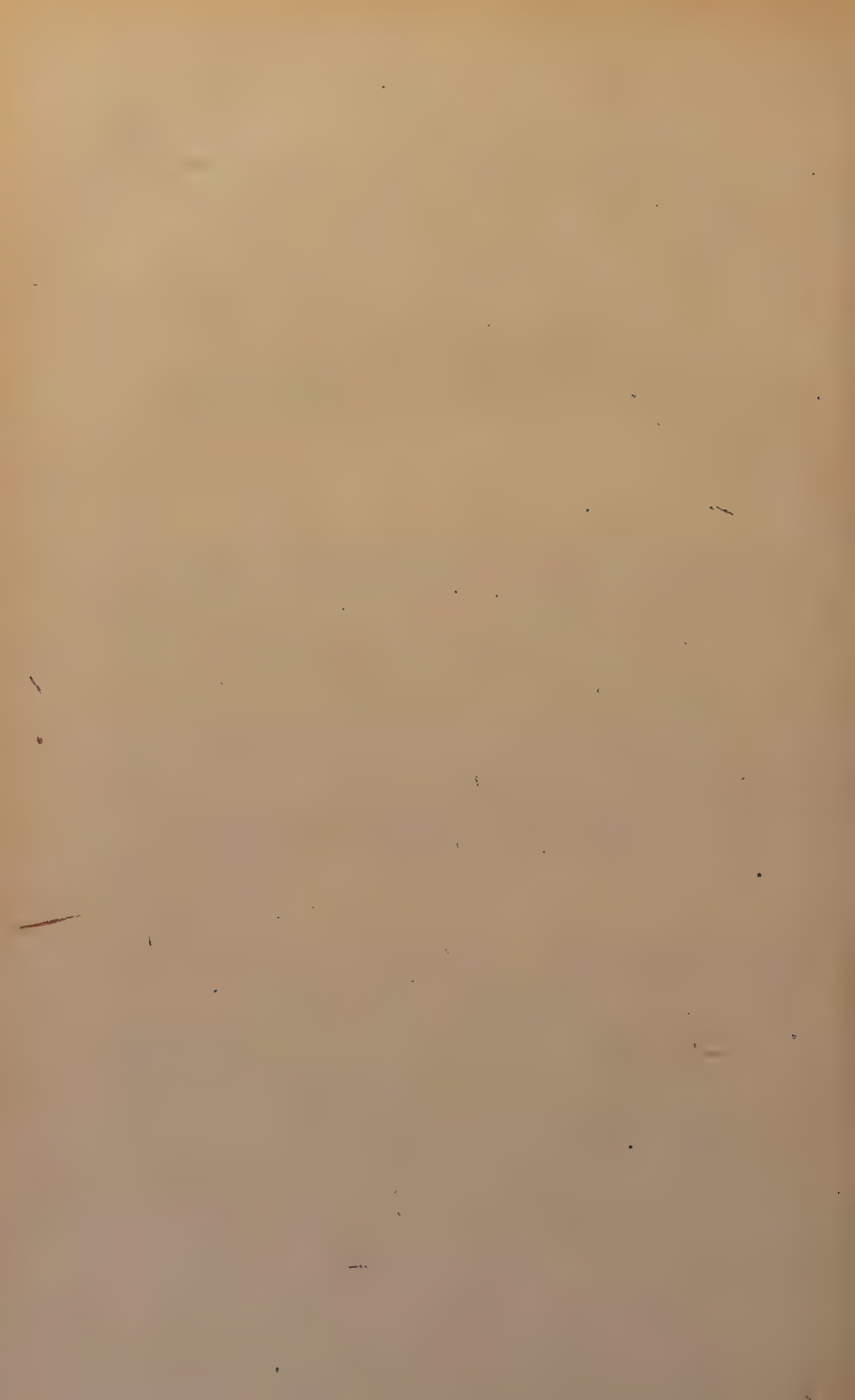
Ponction et incision vaginale. — De tous les procédés employés contre la dystocie, les meilleurs nous paraissent être à défaut de l'ovariotomie abdominale, la ponction ou l'incision du kyste par le vagin, dont nous avons d'autre part indiqué les avantages (1), et que l'on pourra faire suivre s'il y a lieu de l'extraction par forceps ou par version.

III. — Traitement pendant les suites de couches

Lorsqu'une malade porteuse d'un kyste de l'ovaire abdominal ou pelvien accouche spontanément ou à la suite d'interventions n'ayant eu pour effet que la disparition momentanée de la tumeur (refoulement, ponction, incision), le devoir du praticien est d'user de toute son influence pour la décider à subir l'ovariotomie. Il doit avertir la malade de la fréquence des accidents qui se produiront inévitablement dans un délai plus ou moins éloigné, torsion du pédicule, suppuration, rupture du kyste, complications qui exigeront une laparotomie d'urgence. La présence du kyste influera d'autre part, de façon bien plus nocive, sur les grossesses ultérieures.

L'ovariotomie doit par conséquent être pratiquée dans les jours qui suivront la délivrance. La ponction et l'incision vaginale, faites antérieurement, ne constituent pas une contre-indication.

1. Voir pages 94 et 98.



CHAPITRE V

CONSIDÉRATIONS SUR L'OVARIOTOMIE ABDOMINALE

L'ablation par voie abdominale des kystes de l'ovaire en dehors de l'état de gestation est une opération courante, dont les principaux détails techniques sont exposés dans les traités de gynécologie. Nous n'avons donc pas à y revenir. Chez la femme gravidé, par contre, la technique subit des modifications importantes, dues, non seulement à la présence dans l'abdomen d'un utérus plus ou moins augmenté de volume, mais liées surtout au fait que le fœtus est contenu dans cet organe. Une manœuvre un peu brutale, une lésion de l'utérus, une complication au cours de l'intervention peuvent compromettre l'existence du fœtus. L'opérateur doit, par conséquent, prendre des précautions indispensables, qui diffèrent suivant qu'il est en présence d'une femme en état de gestation ou en travail.

L'instrumentation, en dehors du trocart et des pinces à kyste, ne présente rien de particulier. Il est prudent cependant, de tenir en réserve une boîte à hystérectomie, dans le cas où cette opération serait devenue nécessaire. Pour la même raison, aux pré-

cautions prises ordinairement, avant une laparotomie, on devra ajouter une désinfection du vagin particulièrement soignée, qui sera renouvelée quelques minutes avant l'opération.

Incision. — L'incision médiane pubo-ombilicale, prolongée en haut si le besoin s'en fait sentir, nous semble la plus commode. Elle a l'avantage de permettre l'exploration de toute la cavité abdominale et de se prêter à n'importe quelle opération dont l'opportunité pourrait se présenter en cours de route (ovariotomie double, césarienne, hystérectomie, etc.). On a reproché à cette incision de mettre à nu l'utérus et de l'exposer à l'excitation de l'air ambiant, dont la température est plus basse que celle du corps. Cet inconvénient disparaît si l'on a soin de chauffer la salle d'opération à 37 degrés, et de garnir l'utérus d'un champ abdominal préalablement chauffé. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de faire une grande incision dès le début. Celle-ci tout en restant médiane peut n'intéresser la paroi que dans les limites du kyste sous-jacent, sous réserve de l'agrandir par la suite. Pour ces différentes raisons les incisions para-médianes employées de préférence par certains auteurs (1) nous semblent inutiles : elles ne donnent vue que sur le côté correspondant au kyste et peuvent être cause d'un grand embarras, lorsque le pédicule de la tumeur s'implante sur la corne utérine du côté opposé, ou bien lorsqu'une opération sur l'utérus s'impose secondairement.

1. Voir obs. XXIX, page 131.

Ovariectomie pendant la gestation

Indications. — Pendant la première moitié de la gestation l'ovariectomie doit être pratiquée systématiquement, de préférence entre le troisième et quatrième mois.

Pendant la deuxième moitié on ne doit intervenir que s'il se produit des complications assez graves pour mettre la vie de la malade en danger immédiat. Ces accidents ne surviennent le plus souvent qu'à partir de la fin du huitième mois.

Avant l'opération on doit injecter à la malade un centigramme de morphine pour diminuer les chances d'expulsion prématurée du fœtus à la suite de l'ovariectomie. Dans le même but, après l'opération, la morphine doit être continuée pendant huit jours environ à raison de 1 centigramme par jour.

1^o Ovariectomie pour kyste abdominal

Dans ce cas la position inclinée de Morand-Trendelenburg n'est pas nécessaire. On laissera donc la malade dans le décubitus horizontal.

Si le kyste est petit et non adhérent, l'ablation se fait sans difficultés.

Si le kyste est volumineux, dès que l'on aura reconnu sa paroi de couleur ardoisée, on garnira soigneusement le pourtour de la plaie abdominale et l'on ne ponctionnera qu'ensuite.

On sectionnera le pédicule entre deux pinces, le

plus loin possible de l'utérus afin de ne pas irriter cet organe. Après ligature au catgut on fera la péritonisation. Pendant l'opération on doit éviter de toucher à l'utérus.

Fermeture de la paroi en trois plans : surjet au catgut n° 1 pour le péritoine, affrontement du plan musculo-aponévrotique au moyen de points séparés au catgut n° 4. Suture de la peau aux crins. La reconstitution de la paroi abdominale doit être faite avec le plus grand soin, afin d'éviter la désunion, dans le cas où l'expulsion du fœtus suivrait de près la laparotomie.

2° Ovariectomie pour kyste pelvien

Indications. — Les kystes pelviens influent très peu sur l'évolution de l'utérus gravide. Dans la grande majorité des cas leur extirpation n'est indiquée que pendant la première moitié de la gestation époque où l'ovariectomie doit être faite de façon systématique. Passé cette période on n'aura plus l'occasion d'intervenir que pendant le travail.

Nous ne signalerons donc dans ce paragraphe que les particularités de l'ovariectomie au cours de la première moitié de la gestation. La technique employée pendant la deuxième moitié est identique à celle que nous décrivons pour l'ablation des kystes pelviens au cours du travail.

Après incision médiane pubo-ombilicale il y a intérêt pour voir clair et pour faciliter l'accès du petit bassin, d'introduire une valve qui écarte suffi-

samment les lèvres de la plaie. La valve de Rochard que nous employons couramment nous semble la plus pratique.

Pour les mêmes raisons la position inclinée de Morand-Trendelenburg nous paraît indiquée. On lui reproche de donner prise sur l'utérus gravide à l'action de la pesanteur et de l'exposer ainsi à des tiraillements capables d'exciter ses contractions. Cet inconvénient n'a de l'importance que lorsqu'on opère à la fin de la gestation, au moment où le poids de l'utérus est devenu considérable. Or nous avons vu que les ovariectomies pour kystes pelviens à cette période sont d'une grande rareté. La position inclinée présente par contre un autre avantage très appréciable ; elle facilite le refoulement des anses intestinales vers la partie supérieure de l'abdomen et permet de les protéger de façon parfaite.

Une fois ces précautions prises, l'opérateur se trouve dans les meilleures conditions pour dégager le kyste du cul-de-sac de Douglas. Cette manœuvre doit être faite avec une grande douceur, de bas en haut et de dedans en dehors en introduisant progressivement les doigts, par leur extrémité, entre le kyste et la paroi pelvienne, de la façon dont on décolle le placenta de la muqueuse utérine.

Lorsque le volume de l'utérus gêne les mouvements de l'opérateur, celui-ci doit basculer l'organe en avant, sans exagérer le degré d'antéflexion, pour ne pas interrompre la circulation utérine. Auparavant il aura eu soin d'envelopper l'utérus d'une

grande compresse chaude qui sert en outre de moyen de traction.

La section du pédicule doit être faite tout près du kyste. La surface cruentée sera autant que possible enfouie dans le ligament large.

Ovariectomie au cours du travail

1^o Ovariectomie pour kyste abdominal

La présence d'un kyste abdominal chez une femme en travail ne constitue pas une indication formelle à l'ovariectomie. Il y a peu de chances alors pour que l'expulsion du fœtus soit influencée de façon sérieuse. Aussi n'enlève-t-on le kyste en général qu'après l'accouchement.

2^o Ovariectomie pour kyste pelvien

Indications. — Tout kyste pelvien diagnostiqué au début du travail doit être opéré. Les conditions les plus favorables à l'ovariectomie abdominale sont les suivantes : faible dilatation du col, intégrité de la poche des eaux, mobilité de l'extrémité fœtale.

Ces indications sont dictées par la nécessité de faire précéder l'ablation du kyste, de l'opération césarienne. L'évacuation chirurgicale de l'utérus est le temps préliminaire de l'ovariectomie.

Si la malade est épuisée par une longue période de travail, si la poche des eaux est rompue, si la présentation est fixée, l'opération césarienne donne

rarement de bons résultats. Mieux vaut alors ne pas la tenter et préférer à l'ovariotomie abdominale une intervention par voie vaginale.

Après ouverture de la paroi, et avant de tenter le dégagement du kyste, on procédera donc à l'opération césarienne suivant la technique habituelle.

Une fois l'utérus vidé et suturé, on le bascule en avant, après avoir mis en place la valve pubienne, et l'on procède avec soin au refoulement des anses intestinales et à leur protection à l'aide de champs abdominaux.

Si au cours de la césarienne aucun liquide septique n'a été répandu dans l'abdomen, il n'y a aucun inconvénient à faire prendre à l'opérée la position de Morand-Trendelenburg.

L'évacuation de l'utérus et l'inclinaison de la malade permettent à l'opérateur de voir clair et lui donnent une grande liberté de mouvements. Ces deux facteurs influent de façon primordiale sur la perfection et la rapidité de l'opération : ils sont indispensables.

Le dégagement du kyste, la ligature du pédicule et la reconstitution de la paroi se font comme au cours de la gestation.

Faut-il drainer ? — On ne drainera que si l'on a des raisons de craindre l'infection du péritoine ou une hémorragie post-opératoire.

Le déversement dans le péritoine d'une quantité quelconque de sang ou de liquide kystique, d'appar-

rence nettement aseptique, ne nécessite donc pas l'institution du drainage. On se contentera d'assécher le péritoine soigneusement à la compresse et d'y verser de l'éther.

Si le liquide kystique répandu dans le péritoine est d'apparence louche, on devra, après avoir essuyé et versé de l'éther, mettre en place dans le Douglas un drain abdominal de sûreté.

Au cours de la grossesse, pour éviter d'irriter l'utérus, certains auteurs préfèrent remplacer le drain par une mèche dont la présence est mieux supportée. M. le professeur Bar, après une ovariectomie pour kyste sphacélé au cours de la première moitié de la gestation, a employé ce procédé avec succès (1).

Pour la même raison il semble plus prudent de s'abstenir de répandre de l'éther dans la cavité abdominale. On se contentera alors d'un simple attouchement à l'aide d'une compresse imbibée de cet antiseptique.

Drainage vaginal. — Toutes les fois que le péritoine aura été souillé par du liquide franchement purulent, afin de prévenir des accidents péritonéaux graves, on devra rejeter le drainage abdominal devenu désormais insuffisant et le remplacer par le drainage vaginal. D'autre part, il a été démontré, à la suite des communications des D^{rs} Legueu (1898), Jean-Louis Faure (1906), Rochard (1908), Gosset (1909, que le drainage de la partie déclive ne peut être efficace qu'à la condition de pratiquer l'hysté-

1. Voir observation XIX, p. 125.

rectomie totale. Cette importante modification dans le traitement des suppurations pelviennes a été agréé par de nombreux accoucheurs et nous sommes heureux d'être en mesure d'en citer un exemple typique :

OBSERVATION XV

Vincent, Ferrari et Laffont. — *Kyste suppuré pelvien de l'ovaire, opéré à la fin du huitième mois de la grossesse. — Rupture du kyste pendant l'opération. — Césarienne suivie d'hystérectomie totale. — Guérison.*

Primipare de vingt-cinq ans, dont les antécédents héréditaires et personnels sont sans importance, entre le 25 octobre 1911 à la salle Bichat dans le service de clinique chirurgicale (Alger), au septième mois de sa grossesse. Les dernières règles avaient eu lieu le 26 mars 1911.

Après un début de grossesse normal, cette jeune femme ressentit le 20 août vers le début du cinquième mois, au cours d'une promenade en voiture, de violentes douleurs abdominales. Le repos fit tout rentrer dans l'ordre. Trois semaines plus tard, le 8 septembre, apparition d'accès de fièvre vespéraux, les accès durent pendant toute la fin du mois de septembre et ne cessent que les premiers jours d'octobre à la suite d'un traitement quininique intense.

8 octobre. — Des douleurs très vives réapparaissent analogues à celles éprouvées le 20 août, mais beaucoup plus violentes, avec menaces d'accouchement prématuré. Ces douleurs diminuent d'intensité mais n'ont jamais cessé complètement.

18 octobre. — Une consultation a lieu, mais le diagnostic

reste hésitant et la malade accomplit le long voyage en chemin de fer de Guelma à Alger et entre à la salle Bichat.

Mise en observation et au repos dans le service, les douleurs diminuent sensiblement, l'état général s'améliore; il n'y a de fièvre à aucun moment et l'appétit est à peu près normal: Ni pertes rouges ni pertes blanches.

L'utérus est volumineux, le fond est à plusieurs travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le palper est douloureux. On arrive cependant facilement à se rendre compte qu'il s'agit bien d'un utérus gravide.

Au toucher on trouve un col long, fermé, rejeté en avant. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur paraissant du volume d'un gros poing: elle envahit en grande partie l'excavation. Elle est immobile, fixée et bombée fortement dans le Douglas.

Elle donne une sensation de rénitence, d'élasticité, et semble faire corps avec l'utérus, fixé lui aussi, immobilisable. Les culs-de-sac antérieurs et latéraux sont libres. On pose le diagnostic d'obstacle prævia dû à un kyste de l'ovaire enclavé.

On laisse la femme en observation et comme elle se trouve à deux mois environ du terme, on s'efforce de gagner le plus de temps possible. On arrive ainsi dans la deuxième quinzaine de novembre, mais la femme se plaint de douleurs persistantes, elle voudrait rentrer chez elle pour son accouchement et elle demande de hâter l'intervention. Sur ses instances l'opération est fixée au 28 novembre.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. La paroi est incisée, on tombe sur l'utérus gravide qu'on extrait de la cavité abdominale et qu'on bascule en avant. On aperçoit dans le Douglas, enclavés, les annexes gauches, avec le kyste dont le

pédicule est tordu. Le kyste a effectué un demi-tour de bas en haut et d'avant en arrière. On libère facilement les adhérences péritonéales qui l'immobilisent, mais au moment où le kyste est énucléée de la cavité pelvienne, il se rompt brusquement et un flot de pus verdâtre, bien lié et très fétide, s'écoule dans le petit et le grand bassin. L'ablation rapide de ce kyste et l'assèchement aussi complet que possible du péritoine sont effectués. Néanmoins de large ensemencement septique qui vient de se produire, fait redouter des suites graves pour la mère et pour le fœtus : il est imprudent pour la mère de refermer simplement le péritoine : d'autre part il est certain que la moindre infection péritonéale déterminera des conditions désastreuses pour le fœtus.

La césarienne immédiate, suivie d'hystérectomie est donc décidée. On fait l'hystérectomie totale et un large drainage abdomino-vaginal. Suites simples : une seule fois la température atteint 38 degrés. La malade se lève le vingtième jour.

Enfant vivant pesant 2.000 grammes.

L'emploi de l'hystérectomie totale d'emblée présente cependant des inconvénients sérieux, lorsque l'opérateur a affaire à un utérus soumis depuis de longs mois à l'influence de la grossesse, influence qui se manifeste principalement par l'hypertrophie de l'organe et par l'énorme développement du système vasculaire. Ces modifications même lorsque la césarienne a précédé l'hystérectomie totale, exagèrent notablement les dangers de cette dernière opération, dont les plus redoutables sont : la blessure des uretères et l'hémorragie post-opératoire.

Pour ces différentes raisons il nous semble logique de préférer à l'hystérectomie totale, le procédé avec lequel notre maître le Dr Rochard nous a appris à nous familiariser et qui nous paraît le plus rapide, le plus sûr et le plus facile à exécuter. C'est l'hystérectomie totale en deux temps, ou mieux l'hystérectomie subtotale totalisée (1).

OBSERVATION XVI (Résumée)

Pinard et Segond. — *Torsion du pédicule pendant la grossesse.*
Ovariectomie.

Tertipare de vingt-six ans. Douleurs abdominales quinze jours après les dernières règles. Les douleurs disparaissent. Mais deux mois après celles-ci crise douloureuse subite, du côté gauche, extrêmement aiguë, presque syncopale. Quelques instants après, vomissements bilieux. Le facies devient grippé, le ventre météorisé. Température à 37°1. Pouls à 82. Au palper on sent à gauche de l'utérus une tumeur du volume du poing. Glace sur le ventre et morphine. Laparotomie : on trouve un kyste à pédicule tordu, qu'on extirpe. Il contenait un liquide café noir. Suites opératoires : pendant trois jours, 2 centigr. de morphine par jour.

OBSERVATION XVII (Résumée)

Delagénière. — *Ovariectomie pour torsion du pédicule*
Accouchement à terme.

Femme enceinte de trois mois, porteuse d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Le développement de l'utérus amène

1. Voir les thèses de Dedet (1917) et de P. de Carvalho (1918).

une torsion du pédicule avec symptômes généraux graves. L'ovariotomie est faite d'urgence. La malade guérit et accouche normalement à terme six mois plus tard.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Macé)

Femme enceinte de trois mois, atteinte d'un kyste ovarique dont le pédicule s'est tordu. Accidents violents. Ovariectomie. Continuation de la grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION XIX (Résumée)

Bar. — *Ovariectomie pour kyste sphacélé. — Continuation de la grossesse*

Secondipare ayant eu de vives douleurs abdominales au troisième mois de sa grossesse. Au quatrième et cinquième mois, vint consulter pour douleurs très violentes dans le ventre, surtout à gauche. Vomissements, état général mauvais, facies grippé. Pouls à 130. Température 38. A l'examen : utérus très abaissé. On trouve à gauche une grosse tumeur, douloureuse, s'élevant jusqu'à l'hypocondre. Côté droit ballonné.

Diagnostic : kyste de l'ovaire avec thrombes ou torsion du pédicule. Après deux jours de spectation les symptômes s'aggravent.

Laparotomie : on trouve un kyste sphacélé : Ovariectomie, drainage avec gaze dans le Douglas, ramenée dans l'angle inférieur de l'incision abdominale.

Suites opératoires. — Les deux premiers jours, 39 degrés.

On ôte la gaze le troisième jour. La température reste ensuite normale. Continuation à la grossesse.

OBSERVATION XX

Vanverts. — *Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire au cinquième mois de la grossesse. — Ovariectomie. — Avortement*

V... Fernande, dix-huit ans. Réglée régulièrement. Dernière apparition des règles le 10 juillet 1906.

La malade entre le 24 décembre 1904, à la Maternité de l'hôpital de la Charité parce qu'elle souffre de violentes douleurs abdominales et qu'elle vomit tout ce qu'elle prend. Ces douleurs qui ont existé, pendant tout le cours de la grossesse, ont brusquement augmenté d'intensité le 21 décembre vers minuit, avec localisation dans tout le côté du ventre. En même temps que cet accroissement de douleurs apparaissent des vomissements verdâtres qui durèrent jusqu'au 22, à onze heures du matin, puis reprirent le 24.

Examen de la malade. — Ventre très ballonné. Le moindre contact arrache des cris à la patiente. Les douleurs spontanées et provoquées sont surtout marquées dans le flanc droit. Dans l'hypochondre droit existe une tumeur à surface convexe, au niveau de laquelle la percussion dénote une zone de matité au-dessus et au-dessous de laquelle se trouve une zone sonore. L'examen du bassin montre que celui-ci est normal. Le 29, au matin, les phénomènes de péritonite ne rétrocedant pas, le professeur Gaulard décide d'intervenir.

Opération. — Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale. Le péritoine ne renferme pas de liquide. Les anses intestinales sont rosées. Dans la partie droite du ventre et assez haut on

trouve une masse dont la surface convexe et irrégulière est en certains points grisâtre, en d'autres noirâtre et hémorragique. Cette masse est libre au niveau de son pôle supérieur qui est arrondi ; en avant elle présente avec la paroi abdominale des adhérences assez étendues, mais récentes et facilement libérables. En bas elle répond à la partie supérieure du ligament large droit qui constitue son pédicule ; celui-ci est tordu dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre. Il existe deux tours de torsion. Le pédicule, qui est assez épais, et mesure 6 centimètres de largeur, est sectionné après pincement, puis lié au catgut. On constate que l'autre ovaire est sain. Fermeture de la paroi en deux plans.

A la fin de l'opération on sent les contractions de l'utérus.

Morphine. Avortement vingt-quatre heures après l'opération.

Examen de la tumeur. — Kyste ovarique uniloculaire renfermant environ un litre de liquide séro-sanguinolent, et à parois infiltrées de sang.

OBSERVATION XXI (Résumée)

Bué. — *Ovariectomie.* — *Pour torsion du pédicule d'un kyste ovarique.* — *Avortement*

Primipare de dix-huit ans. A cinq mois et demi de grossesse, brusquement se produisent des douleurs abdominales violentes du côté droit et des vomissements verdâtres. Constipation. Pas de fièvre. Examen au chloroforme : Ballotement fœtal. A cause des signes de péritonite on fait la laparotomie. On trouve au-dessus de l'utérus sous la face inférieure du foie, un kyste de l'ovaire aplati, à pédicule tordu, à parois congestionnées et infiltrées par places.

Ovariectomie. Malgré la morphine l'avortement se produit.
Suites opératoires : Ictère, pneumonie, guérison.

OBSERVATION XXII

Gottschalk. — *Torsion du pédicule pendant les suites de couches*
Ovariectomie. — Guérison

Il s'agit d'une femme de quarante ans, portant un kyste de l'ovaire que deux médecins n'ont pas jugé utile d'opérer pendant la grossesse. La grossesse et le travail évoluent normalement. Au deuxième jour des suites de couches apparaissent des phénomènes de réaction péritonéale (douleurs, météorisme, mais pas de température).

Au bout de quinze jours tout rentre dans l'ordre et la femme peut se lever. Au bout de neuf semaines les phénomènes péritonitiques, réapparaissent, puis, brusquement, une nuit, survient une douleur abdominale extrêmement vive, syncopale.

Gottschalk, appelé à ce moment auprès de la malade décide l'opération. On trouve un kyste de l'ovaire extrêmement adhérent à la paroi et à l'intestin, tordu deux fois sur son pédicule. Le contenu du kyste est suppuré, il existe, de plus, dans le kyste, une grande quantité de gaz fétides. Il y a de l'ascite libre dans l'abdomen. De plus, à côté de l'utérus, on trouve un abcès pelvien dans le cul-de-sac de Douglas. On a pratiqué l'ablation du kyste, l'incision de l'abcès. Drainage du tout par le petit bassin. La femme a guéri.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

(Oui)

Ovariectomie pour kyste dermoïde de l'ovaire abdominal coïncidant avec grossesse de deux mois. Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

(Oui)

Ovariectomie pour kyste dermoïde de l'ovaire abdominal, coïncidant avec grossesse de trois mois, et occasionnant rétention d'urine permanente. Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XXV (résumée)

Muuchet (de Sens). — *Ovariectomie double au troisième mois sans interruption de la grossesse.*

Jeune femme enceinte de trois mois, atteinte d'une kyste de l'ovaire de moyen volume.

Laparatomie. Ablation des deux ovaires, l'un étant le siège d'un kyste, l'autre d'une dégénérescence scléreuse.

La grossesse a suivi son cours régulier et la femme est accouchée à terme d'un enfant vivant.

Les suites de couches ont été normales.

OBSERVATION XXVI (résumée)

Polaillon. — *Ovariectomie double dans le cours d'une grossesse sans interruption de celle-ci*

Malade paraissant arrivée au quatrième ou cinquième mois de sa grossesse et chez laquelle existait en même temps un kyste de l'ovaire peut-être suppuré. L'état cachectique de la femme conduisit à l'intervention chirurgicale.

Laparotomie. On a dû enlever les deux ovaires.

L'opération n'eut pas de suites graves ; la malade se remit rapidement et la grossesse suivit son cours. L'accouchement se fit dans de bonnes conditions et sans éviscération. Malgré la distension de la cicatrice.

OBSERVATION XXVII (résumée)

(Staude)

Multipare enceinte de trois mois. Tumeur ovarique de la grosseur d'un fort citron, adhérente au cul-de-sac de Douglas et immobile. Laparotomie. Extirpation d'un kyste dermoïde. Accouchement à terme.

OBSERVATION XXVIII (résumée)

Brindeau. — *Kyste ovarique abdominal. — Ovariectomie au cinquième mois. — Accouchement à terme*

Une femme de vingt-trois ans, enceinte pour la première fois, et n'ayant jusqu'alors rien remarqué d'anormal du côté de

son ventre, vient consulter au cinquième mois de sa grossesse, parce qu'elle éprouve de la gêne abdominale.

A l'examen on constate, du côté gauche, la présence d'une grosse tumeur irrégulière, fluctuante, refoulant l'utérus vers la droite; le diagnostic de kyste de l'ovaire est porté, et M. Bar décide d'enlever la tumeur sans tarder, par Laparatomie. Il s'agissait d'un kyste muqueux, de contenu tellement épais, que la ponction ne peut évacuer la poche. Malgré l'administration préventive de plusieurs lavements laudanisés, une menace d'avortement se produit vers le sixième jour. Tout finit cependant par rentrer dans l'ordre. Aujourd'hui la guérison opératoire est parfaite et l'évolution de la grossesse se poursuit normalement.

OBSERVATION XXIX (résumée)

Audebert. — *Ovariectomie à la fin du huitième mois de la grossesse pour kyste abdominal. — Accouchement prématuré. — Mère et enfant vivants.*

Malade porteuse d'un kyste de l'ovaire depuis février 1903.

Ce kyste situé dans la fosse iliaque gauche, est mobile, indolore du volume d'une noix.

En juillet 1903, la malade devient enceinte: Augmentation rapide de la tumeur, dyspnée après les repas. Au sixième mois de la grossesse, violentes douleurs abdominales, pollakiurie, constipation opiniâtre, amaigrissement rapide.

Au septième mois, on examine la malade: amaigrissement notable, abdomen étalé. Sillon de démarcation très net entre l'utérus et le kyste. Celui-ci est à gauche, situé dans l'abdomen, sans prolongement pelvien. Il est plus gros que l'utérus

qu'il déjette vers la droite. Fluctuation, rénitence, mobilité par rapport à l'utérus et à la paroi abdominale. Pas d'ascite. Douleurs dues à la susdistention de l'abdomen. Au toucher le kyste n'est pas perceptible. La tête fœtale est très élevée, mobile, on OïDT. On décide de gagner du temps. Mais au huitième mois rapidité de l'amaigrissement, perte d'appétit; troubles urinaires, susdistention de la paroi abdominale de plus en plus douloureuse.

Le 24 mars, laparotomie par le D^r Cestan.

Incision abdominale au niveau du kyste, à gauche de la ligne médiane. Ponction donnant issue à un liquide épais couleur chocolat. Libération des adhérences, extraction du kyste. Sutures en trois places, agrafes.

Suites opératoires. — Les douleurs débutent le jour même à 5 h. du soir. Morphine. Les douleurs se calment. Le 25 mars à 5 heures du matin, le travail commence franchement. Accouchement normal à 8 h. 40 du soir. Fille vivante pesant 2.500 gr. Le 31 mars, phlébite du membre inférieur gauche. Guérison.

OBSERVATION XXX

E. Hooper May. — *Kyste ovarique abdominal.* — *Ovariectomie à la fin du huitième mois.* — *Interruption de la grossesse.*
Guérison.

Femme de vingt-deux ans, mariée depuis quatre ans, ayant il y a deux ans un enfant. Pas de fausse couche. Les règles, qui étaient normales jusqu'à l'époque de sa première grossesse, n'ont pas reparu depuis. Admise à l'hôpital probablement vers la fin du huitième mois de sa grossesse. Aspect pâle et délicat.

Dilatation énorme de l'abdomen. En raison de l'état de faiblesse de la malade provenant du défaut de nutrition, l'opération fut remise à huitaine.

A l'examen on trouve l'orifice cervical très haut et repoussé en arrière, difficile à atteindre du bout du doigt qui peut cependant pénétrer dans l'orifice dilaté et ramolli. L'abdomen, au niveau de l'ombilic mesure une circonférence de 1 m 55 centimètres. La palpation donne la sensation d'un kyste volumineux.

Laparotomie. Incision longue de 12 centimètres atteignant l'ombilic. En ouvrant le péritoine on trouve des adhérences. La ponction du kyste donna 18 litres de liquide brunâtre. Après libération des adhérences. Le pédicule, large à peu près de 2 cm. 1/2 fut lié et le péritoine fermé sur le moignon, par un surget au catgut : Paroi en trois plans. L'opération fut bien supportée.

La malade devint très agitée peu de temps après l'opération et se plaignit de douleurs dans l'abdomen. Le travail se déclara et douze heures après avoir été opérée, elle accouche d'un enfant bien constitué. Pas de pulsations dans le cordon et aucun signe de respiration. Le placenta fut enlevé presque sans hémorragie. La plaie fut pansée de nouveau et sembla en parfait état. Guérison sans incident.

OBSERVATION XXXI

Wallich et Mouchotte. — *Ovariectomie au cours du huitième mois pour kyste abdominal. — Accouchement prématuré.*

X... vingt-neuf ans. Réglée à quinze ans et très régulièrement.

1902. — 1^o Accouchement spontané à terme.

De 1904 à 1907. — X... remarque que son ventre augmente de volume, en même temps que sa matrice sort en dehors de la vulve.

Janvier 1917. — Deuxième grossesse. Dernières règles 23 au 27 janvier.

Au mois de mai le ventre paraît beaucoup plus développé qu'il ne doit l'être à cet âge de la grossesse. Douleurs dans la région lombaire et à la base du torax. Vomissements fréquents, suivant immédiatement l'ingestion alimentaire ; un amaigrissement notable se produit.

En juin. — Amaigrissement très accusé, inquiétant la malade. Augmentation de volume de l'abdomen. Etouffements, constipation opiniâtre.

A la fin de juin, M. Pinard examine la malade. Hésite entre kyste ovarique compliquant la grossesse et hydramnios.

Il conseille le repos au lit, le régime lacté ; les lavements quotidiens ; il recommande de surveiller attentivement le poulx et l'excrétion urinaire. Ce régime lacté est suivi d'un heureux résultat ; les vomissements s'espacent et l'état de la femme s'améliore.

Audébut de septembre. — Accroissement notable du volume de l'abdomen, de nouveau, étouffements intermittents. La femme est amenée à la clinique Baudelocque.

A son entrée, le 12 septembre, l'inspection révèle, rejetée tout à fait à gauche, dans le flanc et l'ypochondre correspondant, une tumeur oblongue à grosse extrémité supérieure arrondie, séparée, par un méplat, par un sillon longitudinal nettement appréciable à la vue, d'une autre tuméfaction beaucoup plus volumineuse à limites imprécises, et qui distend

considérablement la cavité abdominale. Au niveau de cette dernière tuméfaction la peau est tendue, très amincie, les veines sous-cutanées sont très développées. Au palper, on constate que la tumeur ovoïde est une tumeur liquide, renitente, dans laquelle on obtient un ballotement de parties fœtales, et dont la paroi se contracte par moments.

Au niveau du sillon longitudinal, s'accôle à cette première tumeur une autre tumeur très volumineuse occupant le reste de l'abdomen, à parois minces, à contenu liquide, et dans laquelle on perçoit une sensation de flot des plus manifestes. Cette grosse tumeur mate, à convexité supérieure, s'élève à 52 centimètres au-dessus du pubis.

À gauche, au niveau de la tumeur oblongue, l'auscultation permet d'entendre les battements du cœur fœtal.

Le tour du ventre mesuré au niveau de l'ombilic est de 124 centimètres.

Au toucher on sent le segment inférieur distendu par la tête fœtale, plongeant profondément dans l'excavation. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire compliquant la grossesse. L'état général de la femme n'est pas mauvais, elle urine bien, les jambes ne sont pas enflées. Il n'existe aucune indication urgente à l'intervention.

La situation se modifie le 26 septembre. Malgré le repos au lit et le régime lacté; les étouffements deviennent plus fréquents.

Dans la nuit du 27 au 28 la femme ne peut dormir et demeure tout le temps assise sur son lit. Le 28 elle est complètement anhélanter, les traits sont tirés, le ventre est plus volumineux mais le kyste ne paraît guère plus tendu. Le bord supérieur du kyste s'élève à 57 centimètres au-dessus du pubis. La circulation

collatérale est très développée et il existe un notable œdème sus-pubien. Les membres inférieurs ne sont cependant pas enflés. La femme éprouve de fortes douleurs lombaires et thoraciques, elle a des nausées; son pouls est faible il bat à 116. Elle n'urine plus; on lui fait respirer de l'oxygène et on lui injecte sous la peau un centigramme de morphine. Une intervention paraît nécessaire.

Laparatomie à 5 h. 30 du soir, par M. Mouchotte aidé de M. Cazeaux. Incision de 15 centimètres environ, découverte du kyste. Des compresses sont insinuées entre la paroi kystique et la paroi abdominale sur toute l'étendue de l'incision cutanée. Le kyste est ponctionné avec un gros trocart. Il s'écoule huit litres d'un liquide sirupeux grisâtre. Le kyste évacué est facilement extériorisé par la brèche entamée, car il n'adhère que très lâchement au péritoine pariétal antérieur. Ce kyste s'insère par son pédicule sur le bord droit de l'utérus, le pédicule est large, tordu d'un demi-tour de gauche à droite et d'arrière en avant, la torsion est lâche. Le pédicule est sectionné le plus loin de l'utérus (3 à 4 centimètres). L'utérus n'est pas mobilisé. Ligature du pédicule au catgut. Suture du péritoine par un surget au catgut.

Pas de drainage. Suture musculo-cutanée au crin de Florence. Pansement aseptique. Le bandage abdominal est à peine serré afin d'éviter la compression de l'utérus. Durée totale de l'opération (évacuation du liquide et pansement compris) vingt-cinq minutes.

Immédiatement après l'opération, on fait une injection hypodermique de 1 centigramme de morphine. Le pouls est redescendu à 96.

29 septembre. — *Suites opératoires.* — Injection de 1/2 cen-

tigramme de morphine ; une semblable injection est répétée le soir à 4 heures. A 7 heures du soir on constate la présence d'une poche des eaux à la vulve ; on la rompt, et il s'écoule une véritable purée verdâtre. M. Mouchette pratique immédiatement une application de forceps, la tête est en O. P. L'enfant extrait, un garçon de 2.500 grammes, est ranimé après désobstruction des voies aériennes.

Les suites opératoires furent simples. Les fils furent enlevés le huitième jour. La femme quitta le service en parfait état le 22 octobre.

OBSERVATION XXXII (Résumée)

Fabre et Bourret.

Kyste abdominal de l'ovaire, diagnostiqué à sept mois. Expectative. Ovariectomie au huitième mois. Extirpation facile d'un kyste multiloculaire. Accouchement prématuré dans la nuit malgré 6 injections de morphine de 1 centigramme. Naissance d'un enfant de 2.000 grammes. La mère quitte le service en bon état avec son enfant qu'elle nourrit.

OBSERVATION XXXIII

Bachmann. — *Ovariectomie pour kyste dermoïde précédé de l'opération césarienne. — Enfant vivant.*

Primipare de trente-neuf ans. A dix-neuf ans péritonite. Coût toujours douloureux. Depuis le début de cette grossesse, douleurs abdominales très fréquentes. A l'examen : bassin, normal, fœtus à terme, tête en haut. Col dévié en haut et en avant.

Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur du

volume du poing, fixée, en partie dure, en partie fluctuante, ayant devant elle de fortes pulsations vasculaires. Elle est dans le Douglas, un peu plus à gauche remplissant l'entrée du bassin d'un côté.

Laparotomie, Brides d'adhérences nécessitant l'opération césarienne préalable : on extrait un enfant vivant de 2.900 gr. criant aussitôt. Délivrance. Suture utérine. Pour extraire la tumeur qui est profonde et entourée d'adhérences qui l'immobilisent, on récline l'utérus. Dégagement de la tumeur, ligature du pédicule.

C'était un kyste dermoïde.

OBSERVATION XXXIV

Démelin. — *Opération césarienne à terme, suivie d'ovariotomie pour kyste dermoïde pelvien. — Mère et enfant vivants*

M... Albertine, trente-deux ans, primipare, entre le 18 novembre 1917, à la Maternité de Lariboisière, au neuvième mois de sa grossesse, avec une tumeur du Douglas qui m'avait été présentée comme un rétrécissement rachitique.

Examen. — Tumeur descendant un peu au-dessous du col. Pourtant celui-ci est aisément accessible au doigt et légèrement antédévié. Le cul-de-sac postérieur est en partie comblé par une tumeur dont les caractères seront étudiés plus loin.

Le toucher rectal contourne la masse en arrière. Elle est bien régulière; pâteuse, un peu dépressible et gardant l'empreinte du doigt mais indolore, sans avoir jamais causé de crises pénibles pendant l'adolescence ni à l'occasion de l'instauration menstruelle. Après avoir hésité sur la nature de la tumeur, je fais le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire. La tumeur me

paraît adhérente au Douglas. Elle n'est pas refoulable sans chloroforme.

18 novembre. — La femme entre en travail.

A 9 heures du matin, le col est en partie effacé, ouvert à un doigt. La tête élevée ne descendrait certainement pas à cause de la tumeur prævia. Je précise le diagnostic de kyste dermoïde à cause de la dépressibilité de la masse qui est distinctement perçue. Laparotomie césarienne. Incision utérine habituelle, sur la partie moyenne de laquelle on voit sourdre entre les membranes ovulaires et le muscle utérin, la valeur d'une cuillerée à café environ d'un liquide jaune puriforme, bien lié, inodore (probablement toute déciduale). J'essaye l'énucléation de l'œuf à la Fournier. Je n'avais pas trouvé trace de souffle utérin à l'auscultation, et le placenta me semblait devoir s'insérer en arrière. En effet, il s'attache en arrière et un peu en bas. Après avoir réussi l'énucléation sur la majeure partie de l'œuf les membranes se rompent. J'extériorise alors le fœtus par les pieds, il avait tourné sur ma main de la position O. I. G. A. à la position O. I. A. Enfant de 3.200 grammes, mesurant 48 centimètres, criant presque aussitôt. Extraction du délivre ; les membranes sont déchirées. Il en reste un morceau adhérent en avant. Nettoyage de la cavité utérine à la compresse stérilisée simple d'abord, puis iodée, pour terminer par un curettage à ciel ouvert (curette de Cuzzi). Pas d'ergot. Pas d'hémorragie. Suture de l'utérus en deux plans, l'un musculo-muqueux, l'autre musculo-séreux, à points séparés. Faute de matériaux, en raison des événements, je me suis servi de fils de Bretagne bouillis.

L'utérus fermé, je le fais basculer en avant. L'ovaire gauche est sain ; la trompe correspondante également. L'ovaire droit paraît

d'abord manquer. Derrière la trompe, un ligament tendu s'enfonce profondément dans le Douglas vers la tumeur. Je la contourne avec la main de tous les côtés. Elle n'adhère pas autrement que par son contact intime avec les parois du Douglas. Je l'éclue après avoir entendu un petit sifflement dû à la pénétration de l'air dans le cul-de-sac. La tumeur étant désenclavée, le pédicule est lié facilement, Extraction. La tumeur est ovoïde, longue de 10 centimètres, large de 8, et pèse 300 grammes. Sa couleur est rouge. Sa consistance assez solide. A la coupe on trouve une couche mince de sérum à la périphérie ; et au milieu une masse de poils tassés les uns contre les autres et remplissant presque complètement la cavité.

Suites normales, apyrétiques. Mère et enfant bien portants.

OBSERVATION XXXV

J. Mouchotte. — *Kyste ovarique pelvien. — Césarienne, opération de Porro. — Ovariectomie au début du huitième mois. — Guérison.*

X..., femme de ménage, trente-huit ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque dans le service du Dr Pinard le 21 mars 1917.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et physiologiques.

Trois grossesses à terme en 1893, 1896, 1899. En 1901, avortement au bout de quatre mois.

Grossesse actuelle : dernières règles au début de juillet 1906.

Janvier 1907. — Au cours du sixième mois, X... est

examinée par le Dr Couvelain qui reconnaît l'existence d'un kyste pelvien et conseille l'entrée à la clinique Baudelocque. Le conseil n'est pas suivi.

20 mars 1907. — X... alors enceinte de huit mois, a une hémorragie légère. A 11 heures du soir apparaissent les premières contractions utérines douloureuses.

X... vient à la clinique.

Rupture spontanée des membranes le 21 mars à 9 h. 15 du matin. Liquide normal. A l'examen on constate ce qui suit :

L'utérus est incliné à droite, son fond s'élève à 30 centimètres au-dessus du pubis. L'extrémité céphalique qui se présente, est située au-dessus du détroit supérieur. Le dos est à droite. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Dilatation de 2 francs.

Extériorisation de l'utérus. Incision de sa face antérieure. Décollement partiel et rapide du placenta qui s'insère sur cette place. Extraction de l'enfant au niveau de la partie supérieure de l'œuf. L'enfant est en état d'apnée. Il est recouvert de néconium. Pose d'une ligature élastique et d'une broche. Amputation utéro-ovarique suivant la technique de Porro. La partie toute supérieure de l'incision péritonéale est suturée. Comme il a été fait une protection minntieuse de la cavité abdominale à l'aide de compresses que d'autre part, il n'est écoulé de sang ni de liquide amniotique dans cette cavité la femme est mise dans la position déclive. La tumeur kystique située en arrière et à gauche de l'utérus, déborde par son pôle supérieur (gros pôle) le pourtour du détroit supérieur, au niveau de la symphise sacro-iliaque gauche, et descend par son pôle inférieur (petit pôle) jusqu'au tiers moyen de l'excavation. Des adhérences fixent la tumeur postérieurement : ces adhérences

sont rompues et la tumeur peut être énucléée en totalité. Elle a le volume d'un gros poing d'adulte et paraît être constituée par un kyste ovarien.

Le pédicule tubaire est sectionné après ligature au catgut ; la femme est replacée en position horizontale. Suture du péritoine au catgut. Fixation du péritoine pariétal au moignon utérin. Drain au niveau de l'angle inférieur de la plaie. Suture de la paroi aux crins de Florence. Pansements aseptiques.

Il existe dans la partie supérieure de l'excavation, en arrière et à gauche une masse mollassse, prise tout d'abord par la sage-femme de garde pour une tumeur stercorale.

Deux lavements successifs sont donnés ; ils provoquent l'évacuation de matières abondantes. A midi le liquide amniotique devient vert. La sage-femme constatant d'autre part que la masse mollassse accentue sa saillie dans l'excavation et qu'elle est plus tendue, nous fait prévenir.

A midi 30 nous examinons la parturiente. Une tumeur kystique descend dans la moitié supérieure de l'excavation, en arrière et à gauche. Par sa partie supérieure elle remonte au-dessus du détroit supérieur au-devant de la symphise sacro-iliaque gauche ; sa limite supérieure est donc impossible à déterminer. L'orifice utérin est reporté très en avant, derrière la symphise pubienne : il n'est pas circulaire mais elliptique à grand axe transversal, et long d'environ 4 centimètres. La tête haute située, est accessible à bout de doigt. Des pressions digitales douces et soutenues ne parviennent pas à refouler la tumeur dans la cavité abdominale. Les bruits du cœur sont accélérés. M. Pinard, mis au courant de la situation, conseille d'intervenir le plus tôt possible par la voie haute.

Laparotomie le 21 mars à 2 heures du soir, par M. Mouchotte aidé de M. Lacasse.

Les suites opératoires ne furent troublées que le neuvième jour par une élévation de température à 39 degrés avec pouls à 120 et paraissant en rapport avec une résorption de produits septiques au niveau du moignon. Le moignon tombe spontanément vers le quinzième jour.

La femme quitte le service en bon état le 8 mai. L'enfant qui cria très fortement après quelques instants d'apnée, pesait 2.750 grammes. Le placenta pesait 560 grammes.

Le lendemain de la naissance, cet enfant présentait un ictère généralisé très accusé. Il ne cessa de décroître et mourut le treizième jour.

OBSERVATION XXXVI

Staude. — *Kyste ovarique pelvien. — Opération césarienne près du terme. — Hystérectomie (Porro). — Guérison*

Primipare de vingt-six ans, en travail depuis deux jours. Sommet col derrière la symphyse, dilaté incomplètement; membranes intactes, tête élevée. Une grande partie du petit bassin est remplie par une tumeur ferme qui ne se laisse pas déplacer. Opération césarienne. Après ouverture de l'abdomen, la tumeur pelvienne est reconnue être la partie inférieure d'un kyste de l'ovaire, grosse comme une tête d'enfant, développé dans le ligament large du côté gauche. L'ovaire droit est dégénéré et porte une tumeur grosse comme une pomme. On entoure l'utérus avec un tube de caoutchouc placé aussi profondément que possible et on incise l'utérus. On extrait un garçon légèrement asphyxique. Extraction du placenta. Sutures utérines à

la soie. On attaque le kyste du côté gauche. Il crève et répand un liquide brun. On enlève la tumeur droite. Lorsqu'on retire le tube enserrant l'utérus, une hémorragie se fait dans la cavité. On fait l'amputation de Porro,

Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.

OBSERVATION XXXVII

M. Demelin. — *Ovariectomie post-abortum.*

Femme de trenteans ayant eu deux grossesses normales en un an. Après le dernier accouchement, la malade remarque que son utérus est fortement abaissé, le col arrivant à la vulve. Elle est forcée de passer un pessaire. En décembre 1917 augmentation de volume rapide de l'abdomen.

Grossesse actuelle fin janvier 1918. La malade entre à la Maternité de Lariboisière le 1^{er} mai pour menace d'avortement.

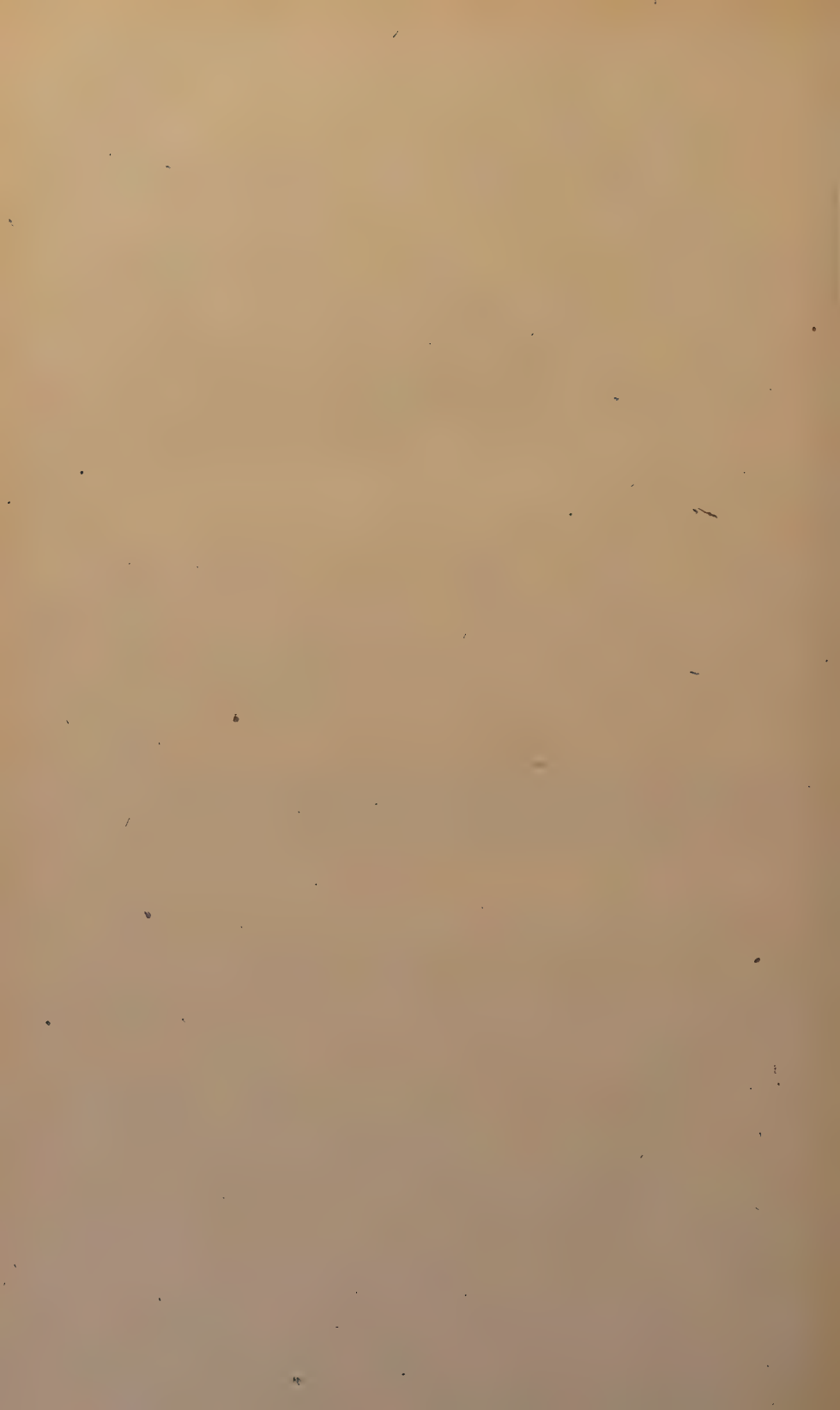
Abdomen anormalement développé par rapport à l'âge présumé de la grossesse (trois mois). Au palper on sent une masse mobile, assez dure, qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Col utérin presque à la vulve. Le 2 mai expulsion d'un fœtus pesant 50 grammes et long de 14 centimètres. Le 3 mai, examen après l'avortement. M. Démelin trouve une masse s'élevant à 23 centimètres au-dessus du pubis. Elle est médiane, dure, bosselée, non douloureuse, non fluctuante. A la région inférieure elle semble rester à 3 doigts au-dessus du pubis. On dirait que la tumeur est isolée, élevée dans la cavité abdominale et sans pédicule perceptible au palper. Le col est perméable,

le corps utérin gros comme une figue est nettement incliné à gauche, comme poussé par la masse abdominale. On pense à un fibrome pédiculé de l'utérus ou de l'ovaire droit.

Le 23 mai, laparotomie. Présence de liquide ascitique dans l'abdomen. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit avec quelques adhérences à l'épiploon et à l'utérus. Le fond de l'utérus est incliné vers la fosse iliaque gauche.

Ovariectomie. Drainage. Guérison.



CONCLUSIONS

I. — Le cours de la gestation, lorsqu'il y a coexistence de grossesse et de kyste ovarique, peut être troublé par des complications, qu'au point de vue clinique, il est permis de grouper de la façon suivante :

1° Les complications *du début de la gestation*, dont l'éclosion est presque toujours subite, torsion du pédicule, sphacèle du kyste, hémorragie intra-kystique, et qui surviennent pour la plupart au cours du troisième et du quatrième mois.

2° Les complications *de la fin de la gestation*, dont la cause se rattache en général à l'augmentation de volume simultanée de l'utérus gravide et du kyste. Ces derniers troubles se manifestent par des signes de compression intra-abdominale, qui augmentent progressivement d'intensité, à mesure que la gestation se rapproche du terme, mais qui constituent rarement un danger immédiat pour la malade, avant la fin du huitième mois.

3° Entre ces deux périodes, c'est-à-dire pendant les cinquième, sixième et septième mois, le nombre des complications présente une réelle diminution. On peut dire qu'il existe alors une *période d'accalmie*.

II. — Pendant la gestation, le traitement de choix des grossesses compliquées de kystes de l'ovaire, est l'ovariotomie abdominale.

1° Si la gestation est à la première moitié de son cours, l'ovariotomie doit être pratiquée de façon systématique, de préférence entre le troisième et le quatrième mois.

2° Si la gestation a dépassé cinq mois on devra opter pour l'*expectative*, afin d'éviter l'expulsion d'un fœtus non viable, ce qui adviendrait presque inévitablement si l'ovariotomie était pratiquée au cours des sixième et septième mois.

3° L'*expectative* ne devra être interrompue que si des complications surviennent, capables de mettre immédiatement en danger la vie de la malade. Il faudra dans ce cas intervenir d'urgence.

4° Des considérations exposées au paragraphe I, il résulte que de telles complications se produisent rarement pendant les sixième et septième mois. De sorte que, *sous réserve de prendre certaines précautions*, il y aura possibilité de reculer l'ovariotomie, sinon invariablement jusqu'à terme, mais très probablement jusqu'au début du neuvième mois.

Vu le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
LEGUEU

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Anderodias. — Ovariectomie double (Société d'Obstétrique de Paris, III, 1900, p. 549).

Audebert. — Bulletin Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris, novembre 1904.

Bar. — Bulletin Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1902, V, p. 253.

Bender. — Bulletin Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1912, p. 200.

Bossi. — Obst. 1901, p. 361.

Bovis (de). — Semaine médicale, 1912, XXXII, p. 301.

Bué. — Bulletin Soc. Obst. de Paris, novembre 1906, p. 321.

Carvalho (de). — De l'extirpation des fibromes utérins compliqués de lésions annexielles. Thèse de Paris, 1918.

Cayla. — De l'ovariectomie. Thèse de Paris, 1882.

Coudert. — Grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire. Thèse de Paris, 1904.

Chevillotte. — Rupture spontanée des tumeurs liquides de l'ovaire. Thèse de Paris, 1906.

Condamin. — Archives de Tocologie, 1894.

Cocard. — Thèse de Paris, 1896.

Couvelaire. — Kyste para-ovarien (Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1902, p. 182).

Dedet. — Indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes. Thèse de Paris, 1917.

Delagénière. — Congrès de Bruxelles, 17 septembre 1892.

Delbet. — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, janvier 1907, p. 27.

- Delecourt.* — Thèse de Paris, 1901.
- Delporte.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 19 février 1908.
- Démelin et Schwab.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1900, p. 143.
- Dsirne.* — Ovariectomie pendant la grossesse (Archives f. Gynack., XLII, 3, 1892).
- Duplay Rochard et Demoulin.* — Manuel de diagnostic chirurgical, p. 449.
- Engstrom.* — De l'ovariectomie pendant la grossesse (Annales de Gynécologie, octobre et novembre 1890).
- Fabre et Bourret.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, juin 1908 ; 16 novembre 1911.
- Gilles.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, mars 1909, p. 135.
- Guillemet.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, octobre 1909, p. 332.
- Guerin Valmale.* — Bulletin Société d'Obstétrique de Paris, 1902, p. 273.
- Gordon.* — Ovariectomie et grossesse. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.
- Gottschalk.* — Samml. Klin. Vorträge von Volkmann, 1898, p. 207.
- Guinard.* — Union médicale, 29 novembre 1894.
- Heller.* — Ovariectomie au cours de la grossesse (Lancet, 21 décembre 1901).
- Herrgott.* — Accouchement et kyste de l'ovaire (Annales gynécologie, 1886) : Opération césarienne pour kyste dermoïde (Société d'Obstétrique de France, 1899, p. 228).
- Jacobs.* — Archives de Tocologie, 1894.
- Jeannin.* — Tumeur végétante de l'ovaire. Ovariectomie. Avortement (Société d'Obstétrique de Paris, nov. 1909, p. 342).
- Kolossof.* — Bulletin Société d'Obstétrique de Paris, février 1908, p. 106.

- Lawrence.* — Ovariectomie post-partum (British medical J., 16 septembre 1893).
- Lepage.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, juin 1904; 1912, p. 66.
- Lequeux.* — Bulletin Société d'Obstétrique de Paris, 19 mai 1904.
- Lævy et Guéniot.* — Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires (Revue de Gynécologie de Pozzi, 1902).
- Loison.* — Archives de Tocologie, 1891.
- Lomer.* — Centralblatt Für gynækol., 1890, n° 42.
- Mace.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, juin 1902, p. 253.
- Malassez et de Sinety.* — Kystes de l'ovaire (Archives de Physiologie, 1881).
- Mayo Robson.* — Quelques rapports de la grossesse et de la chirurgie (Brit. med. J., 11 avril 1896).
- Medevielle.* — Rupture spontanée dans le péritoine des kystes gélatineux de l'ovaire. Thèse de Paris, 1910.
- Morshner.* — Opérations pour affection des annexes au cours de la grossesse (Société d'Obstétrique de Dresde, 1902).
- Mouchotte.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, mai 1907, p. 142.
- Olshausen.* — Zeitsch f. geb. und. g., t. XX, 1890, p. 219.
- Orgler.* — Pronostic et indications de l'ovariectomie pendant la grossesse (Arch. f. gyn., 1901).
- Oui.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912, t. I, p. 52.
- Paucot et Vanverts.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912, t. I, p. 858.
- Pinard et Segond.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 11 mars 1900, p. 75 et 200.
- Porack.* — Kystes hydatiques du bassin (Gazette hebdomadaire, 1884).
- Porro.* — Obstétrique 1898, p. 533.
- Potherat.* — Archives de Tocologie, 1892.

- Puech.* — Kyste dermoïde et grossesse (Gazette des Hôpitaux, 17 décembre 1892).
- Quénu.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, mai 1900, p. 144.
- Rémy.* — Grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse de Paris, 1886.
- Sanson.* — Torsion du pédicule des hystes de l'ovaire. Thèse de Paris.
- Schmiergeld.* — Traitements des kystes de l'ovaire pelvien pendant le travail. Thèse de Paris, 1911.
- So Dnberg.* — Kyste dermoïde et rupture utérine. Mars 1909.
- Spencer-Wells.* — Tumeur de l'ovaire et de l'utérus. Traduction de Rodet.
- Staude.* — Monatsch. f. Geb. un. Gyn. Octobre 1895, p. 257.
- Stieber.* — Kystes suppurés pendant la grossesse (Société d'Obstétrique de France, 1892).
- Tardif.* — Complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1906.
- Terrillon et Valat.* — Grossesse et kyste de l'ovaire (Archives de Tocologie, avril 1888).
- Tessier.* — Torsion du pédicule des tumeurs kystiques de l'ovaire pendant la puerpéralité. Thèse de Paris, 1902.
- Trillat.* — Lyon médical 1907, t. I, p. 2037 à 2043. Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris; 1912, p. 508.
- Van der May.* — Société Néerlandaise de Gynécologie et d'Obstétrique, 20 novembre 1889.
- Vauverts.* — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912, I, p. 55.
- Vincent Ferrari et Laffont.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, I. 1912, p. 362.
- Voron.* — Bulletin Société d'Obstétrique de Paris, 1910.
- Wallich et Mouchotte.* — Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1917, p. 253.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
CHAPITRE I. — Smptômes.....	13
I. — L'utérus et le kyste siègent dans l'abdomen..	14
II. — L'utérus est abdominal, le kyste plonge dans l'excavation.....	17
CHAPITRE II. — Evolution et complications.....	21
Surdistension del'abdomen.....	21
Torsion du pédicule	22
Suppuration.....	23
Péritonite.....	23
Dystocie.....	24
CHAPITRE III. — Diagnostic.....	27
I. — Diagnostic pendant la gestation.....	28
A. — Kyste abdominal.....	28
Fibrome utérin sous-péritonéal.....	31
Hydronéphrose.....	32
Kyste hydatique du foie.....	32
Kyste de la rate.....	32
Kyste du mésentère.....	33
Observation I.....	34
Grossesse compliquée d'ascite.....	37
Hydramnios.....	38
Observation II.....	39
Tumeurs de l'ovaire avec ascite.....	40
B. — Kyste pelvien.....	41
Fibromes pédiculés de l'utérus.....	44
Kystes hydatiques du petit bassin.....	44
Hydro-Salpinx.....	45

Salpingite tuberculeuse.	45
Grossesse tubaire.	45
II. — Diagnostic pendant le travail.	49
Rétrécissement du bassin.	51
Tumeur stercorale.	51
Observation III.	52
Fibrome du segment inférieur.	54
Tumeurs solides de l'ovaire.	54
Tumeurs du bassin.	54
III. — Diagnostic après l'accouchement.	55
IV. — Diagnostic de la variété du kyste.	56
Kystes mucoïdes.	56
Kystes dermoïdes.	57
V. — Diagnostic des principales complications.	58
1° Pendant la gestation.	59
Hématocèle rétro-utérine.	60
Hémorragie intra-kystique.	60
Torsion du pédicule.	61
Suppuration du kyste.	61
Occlusion intestinale.	62
2° Pendant le travail.	62
Rupture du kyste.	62
Rupture utérine.	63
Observation IV.	64
CHAPITRE IV. — Traitement.	71
1° Traitement pendant la gestation.	73
A. — Traitement pendant la première moitié.	76
Traitement des complications.	77
Traitement des kystes ovariens bilatéraux.	78
B. — Traitement pendant la deuxième moitié.	78
1° Le kyste est abdominal.	79
Observation V.	84
Observation VI.	84
Ponction abdominale.	85
Kystes abdominaux avec accidents aigus.	86
2° Le kyste est pelvien.	87
Refoulement.	87
Ponction vaginale.	88

II. — Traitement pendant le travail.....	88
1° Le kyste est abdominal.....	89
2° Le kyste est pelvien	90
Forceps et version.....	91
Observation VII.....	93
Ponction vaginale.....	94
Observation VIII.....	94
Observation IX.....	95
Observation X.....	96
Observation XI.....	97
Incision vaginale.....	98
Observation XII.....	99
Ovariectomie vaginale.....	106
Observation XIII.....	106
Observation XIV.....	107
Ovariectomie abdominale.....	108
Refoulement.....	109
III. — Traitement pendant les suites de couches..	111
CHAPITRE V. — Considérations sur l'ovariectomie abdo-	
minale.....	113
Ovariectomie pendant la gestation.....	115
1° Le kyste est abdominal.....	115
2° Le kyste est pelvien.....	116
Ovariectomie pendant le travail.....	118
1° Le kyste est abdominal.....	118
2° Le kyste est pelvien.....	118
Faut-il drainer?.....	119
Drainage vaginal.....	120
Observation XV.....	121
Observation XVI.....	124
Observation XVII.....	124
Observation XVIII.....	125
Observation XIX.....	125
Observation XX.....	126
Observation XXI.....	127
Observation XXII.....	128
Observation XXIII.....	129
Observation XXIV.....	129

Observation XXV.....	129
Observation XXVI.....	130
Observation XXVII.....	130
Observation XXVIII.....	130
Observation XXIX.....	131
Observation XXX.....	132
Observation XXXI.....	133
Observation XXXII.....	137
Observation XXXIII.....	137
Observation XXXIV.....	138
Observation XXXV.....	140
Observation XXXVI.....	143
Observation XXXVII.....	144
CONCLUSIONS.....	147
BIBLIOGRAPHIE.....	149

